This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0171 9665
R51
S39
1885

LANE

MEDICAL LIBRARY

Gift of Dr. Barkan

LANE
MEDICAL

LIBRARY

Gift of Dr. Barkan

11203/

CHIRURGISCHE ERFAHRUNGEN

IN DER

RHINOLOGIE UND LARYNGOLOGIE

AUS DEN JAHREN 1875—1885.

VON

DR. MED. MAX SCHAEFFER
IN BREMEN.

MIT SIEBEN ABBILDUNGEN.

LANE LIBRARY

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1885.

B

Das Recht der Uebersetzung bleibt vorbehalten.

S 39
1885

SEINEM LIEBEN VATER, DEM

DR. MED. GUSTAV SCHAEFFER IN ANSBACH

ZUR FEIER SEINES

FÜNFZIGJÄHRIGEN DOCTOR-JUBILÄUMS

DER DANKBARE SOHN.

BREMEN, OCTOBER 1885.

40298

VORWORT.

Da ich weiss, dass Du, lieber Vater, in den vergangenen 50 Jahren Deiner Wirksamkeit als Arzt mit Vorliebe die Chirurgie gepflegt und in der praktischen Ausübung derselben die grösste Befriedigung gefunden hast, so möchte ich Dich an dem heutigen Tage mit einem Rückblicke auf meine chirurgische Thätigkeit auf dem Gebiete der Nasen-, Rachen- und Halskrankheiten in den letzten 10 Jahren erfreuen.

Meine Arbeit geht deshalb mehr von allgemein praktischen als theoretischen Gesichtspunkten aus.

Ich habe mich bestrebt, die wichtigsten obiger Krankheiten, welche nicht nur für den Specialisten, sondern auch für den praktischen Arzt im Allgemeinen von grossem Interesse sein dürften, in Kürze vorzuführen, durch Krankengeschichten zu illustriren und meine bei der Behandlung derselben gemachten Erfahrungen namentlich statistisch zu verwerthen. Ich suchte deshalb nach möglichst einfachen Operationsmethoden, welche ohne grosses Instrumentarium, ohne besondere Assistenz auch dem praktischen Arzte die Möglichkeit bieten, die Chirurgie in obengenannten Gebieten praktisch auszuüben.

Bremen, im Juli 1885.

Dr. Max Schaeffer.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

Nase 1

Anomalien des knorpeligen Nasengerüstes 1

Anomalien des knöchernen Nasengerüstes 1

Knochenerkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen 3

Knochenblasenbildung in der Nasenhöhle 11

Chronische Rhinitis hyperplastica galvanokaustisch operirt 13

Nasenpolypen 20

Fremdkörper in der Nase 32

Lupus der Nase 33

Mund-Rachenhöhle 34

Missbildungen und Anomalien 34

Ranula 36

Neubildungen auf der Zunge 38

Concremente in der Zunge 39

Retentionscyste der Glandula submaxillaris sinistra 39

Pharyngitis phlegmonosa 40

Mandelsteine 42

Exstirpation der hypertrophischen Gaumenmandel 43

Uvulotomie 46

Neubildungen am Gaumensegel 47

Pharyngitis granulosa galvanokaustisch operirt 48

Retropharyngealabscess 52

Neubildungen der hinteren Rachenwand 52

Exstirpation der hypertrophischen Rachenmandel (adenoide Vegetationen) 54

Fremdkörper im Pharynx und Oesophagus 58

Seite

Kehlkopf 60

Anomalie der Epiglottis 60

Stimmbandzerreissung 61

Neubildungen im Kehlkopfe 62

Katheterismus des Larynx 76

Anhang 84

Angina Ludovici 84

Struma 86

Lymphome am Halse 92

Literatur-Verzeichniss 94

Nase.

Anomalien des knorpeligen Nasengerüstes.

Ein Fall des Fehlens der Cartilag. sept. nar., der Cartilag. triangular. und alar. beiderseits wurde bei einem 4jährigen Kinde beobachtet. Statt der Cartilag. sept. nar. war nur eine fibröse Scheidewand zu constatiren. Von den Nasenbeinen nach abwärts war die Nase ganz platt zusammengedrückt. Das Gesicht des Kindes bot durch diese Bildungshemmung einen äusserst unangenehmen Anblick dar. Bei jedem Athemzuge wurden die Nasenflügel platt nach innen gezogen und war dadurch die Nasenathmung sehr behindert. Ich empfahl das Einlegen von Röhren, aus englischen Kathetern zurecht geschnitten.

Das Resultat dieser Behandlung blieb mir unbekannt, da die Eltern mit dem Kinde nach Amerika auswanderten.

Im Gegensatze hierzu sah ich 1883 einen 5jährigen Knaben mit enormer Hyperplasie sämmtlicher Nasenknorpel, welche sich im Laufe eines Jahres nach einem Fall auf die Nase entwickelt hatte. Hier empfahl ich Massage der Nasenknorpel; über das Resultat derselben kann ich jedoch nicht weiter berichten, da ich das Kind später nicht wiedergesehen habe.

Anomalien des knöchernen Nasengerüstes.

Verbiegungen der Cartilag. sept. nar. und Exostosen an derselben wurden von mir 46 Mal beobachtet. Ich notirte natürlich nur Difformitäten bedeutenderen Grades; solche geringeren Grades, welche jedoch keine weiteren Functionsstörungen im Gefolge hatten, wurden sehr viel mehr gesehen. Es gehört fast zu den Seltenheiten eine vollständig normal gebaute Nase zu finden.

Die Ursache dieser Difformitäten war fast immer ein Trauma; selten wohl möchten sie angeboren sein.

Die Verbiegungen des Sept. nar. waren oft so bedeutend, dass das Lumen der einen Nasenhöhle vollständig verschlossen erschien. In diesen Fällen verschaffte ich mir mit dem Hohlmeissel Zugang in die Nasenhöhle. Oefters liess ich noch zur Abglättung der operirten Flächen galvanokaust. Operationen mit dem Flachbrenner nachfolgen. Geringere Verbiegungen beseitigte ich gleich mit dem Galvanokauter. Nach allen Operationen liess ich Nachts Röhren, aus elastischen Kathetern geschnitten, oder plattgedrückte Zinnröhren längere Zeit hindurch einlegen. Durch die Röhren lief von der Nase ein dünner Bindfaden, an welchem eine Gummischnur befestigt wurde, welche über den Ohren um den Kopf sich spannte und so ein Wegschlüpfen der Röhren im Schlafe verhinderte.

Die Exostosen ragten entweder als Wülste mit breiter Basis frei in die Nasenhöhle oder sie waren leistenförmig meist über den unteren Nasengang gewachsen und theilweise mit der unteren Muschel verwachsen, wodurch der Abfluss des Secretes und die Nasenathmung mehr oder minder behindert war. Auch sie beseitigte ich theils mit dem Hohlmeissel, theils mit dem Galvanokauter.

Bei allen Fällen erreichte ich gute, zum Theil glänzende Resultate. Die auch äusserlich schiefen Nasen wurden durch die Operation und Nachbehandlung häufig sehr schön gerade.

Einmal beobachtete ich eine knöcherne Verwachsung der sehr hypertrophischen mittleren, rechten Muschel mit dem Septum ganz vorn am Eingang der Nase.

Einen vollständig knöchernen Verschluss der rechten Choane operirte ich bei einem 15jährigen jungen Manne. Mit Hohlmeissel und Knochenzange gelang es mir, die Choane vollständig frei zu legen. Fälle dieser Art sind selten und hat erst kürzlich Schrötter den 11. Fall beschrieben. In meinem Falle gelang die Durchleuchtung nur sehr unvollkommen.

Perforation der Cartilag. sept. nar. beobachtete ich 22 Mal, bei 7 männlichen und 15 weiblichen Individuen, und war sie 7 Mal auf Scrophulose, 15 Mal auf Syphilis zurückzuführen.

Bei beiden Krankheiten scheint die Perforation entweder dadurch zu entstehen, dass ein Ulcus der Schleimhaut immer tiefer sich ausbreitet, den Knorpel arrodirt und schliesslich zerstört, oder dadurch, dass sich eine partielle Perichondritis entwickelt, welche mit Abscessbildung und Zerfall des Knorpelgewebes endigt.

Erstere Form der Erkrankung konnte ich einige Mal bei kleinen Kindern genau verfolgen, ebenso die zweite namentlich bei syphilitisch Erkrankten.

Die Mehrzahl der Patienten wusste von dem Defecte nichts, so dass ich annehmen muss, dass derselbe keine weiteren unangenehmen Folgen hat.

Knochenerkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Von den unten verzeichneten 35 Knochenerkrankungen sind 5 auf Syphilis, 1 Fall auf Carcinom zurückzuführen; ausserdem möchte ich sowohl für die Ozänafälle als die Fälle der Knochenerkrankungen im kindlichen Alter direct die Scrophulose als Krankheitsursache annehmen.

Einzelne Fälle mögen von Zahnerkrankungen, einzelne von chronischer Rhinitis abhängig betrachtet werden.

Bei einer weiteren Anzahl dürfte die massenhafte oder an gerade sehr ungünstiger Stelle stattfindende Entwicklung von Polypen die Schuld an der Erkrankung namentlich der Nebenhöhlen der Nase durch Verschluss der natürlichen Ausführungsgänge derselben getragen haben.

Die Symptome waren der verschiedensten Art. Bei allen war eine stinkende, dünn- oder dickflüssige Eiterentleerung mit oder ohne Borkenbildung auf der Nasenschleimhaut vorhanden. Der Ausfluss des Secretes machte sich bei den verschiedenen erkrankten Theilen entweder immer oder nur bei Annahme gewisser Körperstellungen geltend. Weiter war eine Auftreibung der betr. Gesichts-Nasenwurzelknochen mit leichter Röthung und Schwellung der sie bedeckenden Weichtheile verbunden.

Die Allgemeinerscheinungen bestanden in Kopfschmerzen, welche über den ganzen Kopf sich erstreckten oder an bestimmten Stellen nur sich geltend machten.

Die Kranken klagten über ein Bohren, Ziehen in den Knochen, sie hatten das Gefühl des Kratzens, Schabens, Nagens an den Knochen, oder als ob ein Thier im Knochen sässe.

Ein Schluss vom Sitz des Schmerzes auf den Sitz des Leidens liess sich nicht machen.

Die Diagnose sicherte immer nur die Rhinoscopia anterior

et posterior, verbunden mit einer genauen Sondirung, wozu ich mich meiner untenstehenden Löffelsonde bediente, um gleich in die Nebenhöhlen eindringen und von dem betr. Secrete Theile zu weiterer Sicherung der Diagnose entfernen zu können.

Bei der Sondirung darf man nicht zu zart verfahren; man muss mit einiger Gewalt gegen die Knochen drücken, die, wenn sie durch Necrose brüchig, verdünnt geworden, nachgeben und so den Sitz des Leidens schnell erkennen lassen. Mit Recht nennt Schech die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung zur Zeit noch eine mangelhafte, wenn auch keineswegs aussichtslose.

Fig. 1.

Löffelsonde aus Stahl und Neusilber, 22 Centimeter lang.
1/2 der natürlichen Grösse.

Die Hauptsache ist, die betr. necrotischen Knochen gründlich zu entfernen, die Nebenhöhlen an geeigneten Punkten, welche den leichten Abfluss des Secretes ermöglichen, zu eröffnen, um sie nach vorgenommener Auskratzung mit desinficirenden Flüssigkeiten frei von Anhäufung des Secretes halten zu können.

Zur Entfernung der Knochen bediene ich mich obiger Löffelsonde, mit welcher ich, vermöge ihres schlanken Baues, in alle kleineren Oeffnungen eindringen kann. Dabei ist sie ungemein kräftig und lang genug, um auch die entfernter liegenden Höhlen erreichen zu können. Die meisten üblichen Knochenlöffel sind zu kurz.

Mit meiner Löffelsonde durchstosse ich leicht brüchige Knochenplatten und habe ich mir so namentlich den Weg zum Sinus sphenoidal. gebahnt, der, wie Zuckerkandl im Gegensatz zu Schech richtig behauptet, leicht zu eröffnen ist.

Ich habe ihn am Lebenden auf dieselbe Weise eröffnet, wie Zuckerkandl an der Leiche. Ich schob die Löffelsonde am Septum in der Projection der mittleren Muschel soweit rückwärts, bis ich die vordere Keilbeinfläche erreicht hatte, und gelang es dann leicht, diese letztere zu durchstossen. Zuckerkandl that dies mit

dem Troikart. Dass meine Art der Eröffnung mit der vorn stumpfen Sonde geringere Gefahren bietet, liegt auf der Hand.

Eine Verwechslung mit dem Sinus frontalis ist durch die Richtung, in welcher die Sonde vorgeschoben wird, und durch die kürzere Entfernung bei diesem vom Naseneingange ausgeschlossen.

Ist man so in die betr. Nebenhöhle gelangt, dann kann man gleich an's Sondiren des Raumes, an's Auskratzen und Ausschaben gehen, wobei man nicht zu zart zu verfahren braucht.

Ich mache alle diese Operationen allein, ohne Narcose und scheuen sich die Patienten absolut nicht vor einer zweiten Operation, so dass sie offenbar nicht zu schmerzhaft ist. Allerdings muss man recht rasch und möglichst gründlich vorgehen, um nicht 10 Mal in die Nase eingehen zu müssen, wenn es mit einem Male abgethan sein kann.

Zur Operation an den Muscheln, Septum bediene ich mich häufig feiner Meissel, wie sie zur Eröffnung des Processus mastoideus üblich sind; nur habe ich mir dieselben länger anfertigen lassen.

Sind noch etwas festsitzende Knochenplatten zu entfernen, dann bediene ich mich hierzu mit grossem Vortheile umstehender Knochenzange, welche krückenförmig abgebogen ist, um dem Operateur den Einblick in die Nasenhöhle nicht zu benehmen. Dieselbe ist bei genügender Festigkeit doch schlank und lang genug, um alle Theile bis zur hinteren Rachenwand mit ihr erreichen zu können.

Sind die Höhlen genügend eröffnet, dann ist die von Kessel u. A. empfohlene Drainage, die für den Patienten ungemein lästig ist, unnöthig; denn mit einem biegsamen, dünnen Ansatzrohre an einem Irrigator kann der Patient leicht in der vom Arzte angegebenen Richtung spritzen, resp. die Nebenhöhlen ausspülen.

Man scheute sich nur bisher zu sehr vor der nach meinen Erfahrungen ganz ungefährlichen blutigen Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase und hatte dadurch schlechte Erfolge. Ich habe einige Patienten, welche seit 8—10 Jahren von Arzt zu Arzt gewandert und meist mit schlechten Trostgründen entlassen waren, durch energische Auskratzungen etc. geheilt.

Zu den Ausspülungen der Nase benütze ich bislang in obigen Fällen mit Vorliebe 1 Theelöffel einer 1—2%igen Kal. hypermangan-Lösung auf 2—500 Grm. lauen Wassers. Seit diesem Jahre lasse ich von einer 50%igen Solutio Alumin. acetico-tartaric. einen Theelöffel auf obiges Quantum Wasser verwenden. Dieses Mittel wirkt noch

adstringirender als Kal. hypermangan und ist ein sehr gutes Desinficiens. Zugleich ist es vollkommen unschädlich, falls etwas von der Lösung verschluckt werden sollte.

Vor Carbollösungen warne ich die Herren Collegen; als ich es früher benützte, klagten mehrere Patienten über den Verlust des Geruches.

Der durch die Erkrankung veranlasste und unterhaltene Nasencatarrh verschwindet meist durch die desinficirenden Ausspülungen und die Entfernung der Ursache von selbst ohne weitere Behandlung.

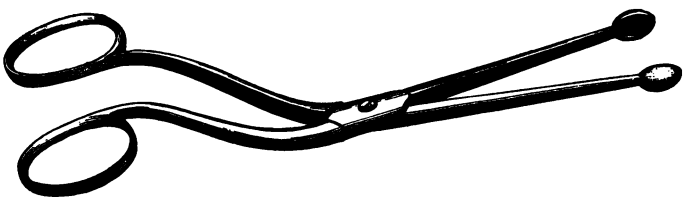

Fig. 2.

Knochenzange
in 1/2 der natürlichen Grösse.

Die Allgemeinbehandlung besteht in Hebung der Ernährung durch Milchkuren, Soolbäder, kalte Abreibungen, im Geben von Jodeisen, Jodkalium und Leberthran. In den meisten Fällen lag die Ernährung sehr darnieder; der üble Geruch, das Verschlucken stinkender, eitriger Borken scheinen den Magen in Mitleidenschaft zu ziehen. Dazu ist die Stimmung der Patienten meist eine sehr trübe, wenn sie merken, dass sie von ihrer Umgebung gemieden werden. Bei den syphilitisch Erkrankten wende ich seit 1 1/2 Jahren mit bestem, ja oft überraschendem Erfolge 2—3 Mal wöchentlich Injectionen von einer 1 %igen Hydrarg. formamidat-Lösung an. Ich habe wie Andere gefunden, dass meist 10—30 Injectionen genügen, um die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden zu bringen. Ich spritze Männer in den unaussprechlichen Körpertheil, Frauen in den Rücken und die Brust ein. Ich habe bei einigen Tausend Injectionen nie einen Abscess, nie Speichelfluss beobachtet. Meist ist die Wirkung eine äussert prompte und sind dadurch bei ulcerösen Processen auf der Schleimhaut des Respirationstractus diese Injectionen so werthvoll.

Krankengeschichten.

Nasenmuscheln.

1) Frau B., 28 Jahre alt. — Nasenrücken aufgetrieben. Necrose der rechten unteren Muschel. Mit scharfem Löffel ausgekratzt und Stücke der Muschel mit meiner Zange entfernt. Heilung binnen 3 Monaten.

2) Junge R., 10 Jahre alt. — Perichondritis des linken Nasenflügels, welche sich auf die untere Muschel als Periostitis fortsetzte. Eröffnung des perichondritischen Abscesses mit dem Messer. Knorpel und Knochen ausgekratzt. Starke Eiterung. Heilung binnen 2 Monaten.

3) Herr D., 24 Jahre alt. — Periostitischer Abscess der rechten unteren Muschel vorn; eröffnet, ausgekratzt. Heilung binnen 1 Monat.

4) Herr R., 46 Jahre alt. — Markstückgrosse necrotische Stelle an der rechten mittleren Muschel ausgekratzt. Heilung binnen 3 Monaten. Hatte bedeutende Kopfschmerzen gehabt.

5) Fräulein W., 26 Jahre alt. — Hatte früher Ozäna gehabt. Knochenulcera an der rechten unteren Muschel, welche sich bis zum Knorpel der Tuba Eustachii fortsetzten. Ausgekratzt, theilweise mit Benützung der Rhinoscopia posterior. Heilung im Laufe von 3 Jahren.

6) Herr M., 32 Jahre alt. — Linke untere und mittlere Muschel aufgetrieben, Eiterung. Mit scharfer Löffelsonde die Muscheln durchbohrt und ausgekratzt. Heilung binnen 3 Monaten.

7) Frau B., 36 Jahre alt. — Nasenschleimpolypen von der mittleren Muschel ausgehend; diese letztere aufgetrieben, entleert stinkenden Eiter. Mit scharfer Löffelsonde durchbohrt, ausgekratzt. Aus der Keilbeinhöhle entleerte ich mit der Löffelsonde eitrig, krümelige Massen. Ferner wurden 2 necrotische Knochenstücke hinter und unterhalb der mittleren Muschel entfernt. Heilung in 9 Monaten.

8) Mädchen S., 10 Jahre alt. — Necrose der linken unteren Muschel und des Bodens der Nasenhöhle ausgekratzt. Geheilt binnen 3 Monaten. Erysipelatöse Röthe der Nase und linken Wange.

9) Fräulein H., 24 Jahre alt. — Necrose der rechten unteren

Muschel und des Bodens der Nasenhöhle seit 6 Jahren. Ausgekratzt. Heilung in 2 Monaten.

10) Herr B., 30 Jahre alt. — Necrose der linken unteren und mittleren Muschel. Rasende Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Ausgekratzt. Geheilt in 5 Monaten.

11) Mädchen K., 5 Jahre alt. — Necrose der linken unteren Muschel des Septums und des Bodens der Nasenhöhle. Ausgekratzt. Heilung in 1 Monat.

12) Fräulein W., 42 Jahre alt. — Necrose der linken unteren Muschel ausgekratzt. Heilung in 2 Monaten.

Boden der Nasenhöhle.

Ausser den unter No. 8, 9 und 11 bereits verzeichneten Fällen kommen folgende in Betracht.

13) Junge St., 2½ Jahre alt. — Boden der linken Nasenhöhle necrotisch. Ausgekratzt. Heilung in 1 Monat.

14) Mädchen B., 6 Jahre alt. — Bekam mit dem 2. Jahre einen übelriechenden Nasenausfluss. Necrose des Nasenknorpels am Eingange der linken Nasenhöhle und des Bodens der Nasenhöhle. Ausgekratzt. Heilung in 1 Monat.

15) Mädchen M., 4 Jahre alt. — Boden der linken Nasenhöhle necrotisch. Ausgekratzt. Heilung in 3 Monaten.

16) Mädchen J., 11 Jahre alt. — Necrose des Bodens der rechten Nasenhöhle und des rechten Septum. Ausgekratzt. Heilung in 2 Monaten.

17) Fräulein W., 32 Jahre alt. — Necrose des Bodens der linken Nasenhöhle vorn. Ausgekratzt. Heilung in 1 Monat.

18) Kind H., 9 Monate alt. — Necrose des linken Nasenbodens. Ausgekratzt. Heilung in 1 Monat.

19) Junge R., 5 Jahre alt. — Ebenso. Geheilt in 3 Monaten.

Diese Erkrankungen verliefen immer im vordersten Theile der Nasenhöhle und möchte dazu wohl die Stagnirung des Secretes an dieser Stelle mit zur Erkrankung beitragen, namentlich bei Kindern.

Nasenscheidewand.

Ausser No. 11 folgende Fälle:

20) Knabe M., 12 Jahre alt. — Zehnpfennigstückgrosses Ulcus am knöchernen Theil des rechten Septum auf scrophulöser Basis

mit Ozäna verbunden. Ausgekratzt. Heilung des Ulcus in 2 Monaten. Die Ozäna wurde durch Ausspülungen und die Gottstein'sche Tamponade bedeutend gebessert.

Die folgenden 4 Fälle betreffen Syphilitiker.

21) Herr S., 46 Jahre alt. — War vor 25 Jahren inficirt worden. Damals schwanden die Erscheinungen rasch auf eine Schmierkur. Jetzt ist äusserlich über der Verbindung der Knorpel mit den Nasenknochen eine röthliche Geschwulst wahrzunehmen. Der knorpelige Theil des Septum besteht noch. Die Sondirung ergibt Necrose des Vomer, welcher in toto mit der Zange entfernt wird. Heilung binnen 2 Jahren. Nasenrücken ist nicht eingesunken.

22) Schuster R., 36 Jahre alt. — Vor 12 Jahren inficirt. Necrotischen Vomer entfernt, linke untere Muschel ausgekratzt. In 1½ Jahren geheilt. Nasenrücken nicht eingesunken.

23) Herr S., 36 Jahre alt. — Necrotisches Ulcus am linken Septum, am Uebergang vom knorpeligen zum knöchernen Theil desselben, linke untere Muschel und Boden der Nasenhöhle ausgekratzt. Heilung in 3 Monaten.

24) Herr B., 34 Jahre alt. — Ulcus am linken knöchernen Septum. Ausgekratzt. Heilung in 2 Monaten.

Nasenwurzelknochen.

25) Herr W., 64 Jahre alt. — Periostitis des rechten Nasenwurzelknochen nach einem Fall; Abscedirung nach innen und aussen. Ausgekratzt. Heilung in 5 Monaten.

Sinus maxillaris.

26) Herr B., 34 Jahre alt. — Unter der linken unteren Muschel, 5 Centimeter vom Naseneingange entfernt, quillt stinkender Eiter hervor. Sondirung ergibt hier eine Rauhigkeit. Mit der Löffelsonde den Sinus maxillaris eröffnet, ausgekratzt und ausgespült. Oeftere Sondirungen und beständiges Ausspülen besserten den Zustand, brachten ihn aber nicht zur vollen Heilung. Patient war sehr ungeduldig und entzog sich zu früh der Behandlung.

27) Herr N., 46 Jahre alt. — Eiterung im Sinus maxillaris. Eröffnung war früher von den Zahnalveolen aus vorgenommen. Später schloss sich die Oeffnung. Man konnte unter der rechten

unteren Muschel in den Sinus gelangen. Auskratzung und Ausspülungen heilten das Empyem schliesslich.

28) Herr B., 24 Jahre alt, hatte seit 1½ Jahren eine Fistel am 3. rechten Backenzahn, durch welche man in den Sinus maxillaris gelangte. Auskratzung. Drainage. Heilung in 3 Monaten.

29) Frau B., 56 Jahre alt. — Eiterung aus dem linken Sinus maxillaris in die Nasenhöhle, von einem durchgebrochenen Medullar-Sarkom herrührend. Linker Oberkiefer aufgetrieben. Haut erysipelatös geröthet. Patientin hatte eine Resection des Oberkiefers früher verweigert. Erweiterung der Oeffnung in der Nasenhöhle über der unteren Muschel, Eröffnung des Sinus mit der Knochenscheere vom Munde her, gründliche Auskratzung. Starke Blutung. Drainage. Patientin starb ¼ Jahr nach der Operation.

Sinus frontalis.

30) Fräulein C., 31 Jahre alt. — Nasenschleimpolypen am Dache der Nasenhöhle sitzend. Nach Entfernung derselben Fortbestehen einer flockigen Eiterabsonderung, theilweise Auskratzung des Sinus frontalis nach Entfernung der 3. Muschel mit meiner Knochenzange. Heilung in 9 Monaten.

Sinus ethmoidalis.

31) Frau H., 36 Jahre alt. — Eiterung aus den rechten Siebbeinzellen und Necrose des Vomer constatirt nach Entfernung von Schleimpolypen. Ausgekratzt. Geheilt in 5 Monaten.

32) Fräulein F., 26 Jahre alt. — Necrose der mittleren Muschel linkerseits und Eiterung aus den Siebbeinzellen nach Entfernung von Schleimpolypen constatirt. Auskratzung. Heilung in 9 Monaten.

33) Frau W., 42 Jahre alt. — Auftreibung des Nasenrückens namentlich rechts, mit Schmerzen verbunden. In Sinus ethmoidalis rauhe Knochen zu fühlen. Septum perforirt. Vomer links mit unterer Muschel theilweise verwachsen. Alle Anzeichen wiesen auf eine syphilitische Affection hin. Auskratzung. Antisyphilitische Behandlung. Heilung in 3 Monaten.

Sinus sphenoidalis.

Ausser Fall 7, der mit hierhergehört, beobachtete ich folgende 2 Fälle.

34) Fräulein T., 26 Jahre alt. — Leidet seit Jahren an Ozäna.

Alle Anzeichen wiesen darauf hin, dass die Eiterung hauptsächlich aus den Keilbeinhöhlen stamme. Ich eröffnete zuerst die linke und 1 Jahr darauf die rechte mit dem glänzendsten Erfolge. Patientin war nach 2 Jahren von ihrem lästigen Leiden befreit.

35) Herr M., 32 Jahre alt. — Ich hatte bei dem Patienten namentlich vom Nasendache Schleimpolypen entfernt. Die Rhinoscopia posterior ergab ein Herunterlaufen des sehr übelriechenden Eiters in die Choanen. Zuerst hatte ich den Sinus frontalis in Verdacht, die Ursache derselben zu sein. Ein Operiren nach dieser Seite liess sich jedoch nicht erzwingen, während ich weiter nach rückwärts brüchige Knochen vorfand. Nach ihrer Entfernung konnte die Keilbeinhöhle gut ausgespült werden. Patient hatte bis zu seiner Besserung seine Abreise nach Amerika verschoben. Ich kann deshalb über die eventuelle definitive Heilung nicht berichten.

Knochenblasenbildung in der Nasenhöhle.

Beruhen die vorher beschriebenen Erkrankungen der Nasenknochen immer auf acut oder chronisch verlaufenden entzündlichen Vorgängen mit Neigung zur Destruction der Gewebe, so ist die Knochenblasenbildung nach Glasemacher eigentlich nicht als ein pathologischer Process aufzufassen, sondern mehr als eine Anomalie zu betrachten, die sich nur bei excessivem Wachsthum in unangenehmer Weise bemerklich machen kann.

Ich möchte nun aber doch gewisse Entzündungsreize für die Entstehung und das Wachsthum dieser Knochenblasen verantwortlich machen. Wenigstens bestand bei allen meinen Patienten seit Jahren chronische Rhinitis und kann ich mir es nicht anders denken, als dass diese an der dazu disponirten Stelle des Knochens pathologisch eingewirkt hat. Zudem gaben die Patienten an, dass sie seit Jahren nach Erkältungen eine Zunahme der Stenose des Nasenganges beobachtet hätten.

Glasemacher nimmt ja auch an, dass solche Knochenblasen wenn auch sehr langsam, doch fortwährend wachsen. Dieses Wachsen setzt doch gewisse Reize voraus, die es veranlassen, wenn anders die ganze Knochenblase nicht angeboren ist, was in meinen Fällen nicht der Fall war. Solche Processe müssen wir aber immer unter die pathologischen einrechnen.

Auf Glasemacher's Frage, wie verhält sich das weitere Wachsthum der Knochenblasen im Verhältniss zu polypösen Wucherungen, geben meine nachfolgenden Krankengeschichten genügende Antwort. Ebenso veranlasste bei meinen Fällen die Neubildung offenbar nervöse Zustände im Bereiche des Nerv. trigeminus. Eine Patientin klagte über halbseitigen Kopfschmerz, eine andere über Schmerzen auf der Mitte des Kopfes und der Stirn, welche nach Entfernung der Neubildung verschwanden. Bei einer Patientin war durch die Knochenblase die Riechspalte verlegt und dadurch der Geruch vollkommen verloren gegangen, den sie nach der Operation wiedergewann.

Die Diagnose stützte sich auf die Adspection von hinten und vorn, die Sondirung und dadurch, dass man, wie Glasemacher richtig bemerkt, nach Durchbohrung der vorderen Wand mit dem Galvanokauter förmlich in eine Höhle hineinfiel.

Als charakteristisches Merkmal gegenüber den vorstehenden Erkrankungen ist hervorzuheben, dass sich nie grössere Mengen Secretes aus den Knochenblasen entleerten, nie Eiter oder necrotische Knochen gefunden wurden.

Die Knochenblase ist mit einer dünnen, glatten Membran ausgekleidet. Die sie bedeckende Schleimhaut ist sehr dünn und bei der Knochenblase an der unteren Muschel konnte ich das Fehlen jeglichen Schwellgewebes constatiren.

1) Fräulein L., 25 Jahre alt. — Linke untere Muschel war wallnussgross, vorn aufgetrieben, versperrte nicht nur vollkommen den Naseneingang, sondern hatte auch das Septum nach rechts hinüber gedrückt und ausgebuchtet. Die Rhinoscopia posterior ergibt an dem hinteren Ende der unteren Muschel in der Choane Schleimpolypen. Nachdem die Geschwulst seitlich mit dem Galvanokauter durchbohrt war, gelang es mir, mit der Knochenscheere dieselbe vollständig glatt zu entfernen, so dass der Nasengang vollständig frei lag. Heilung nach 2 Monaten constatirt. Die entfernte Knochenblase war 2,5 Centimeter lang, mit einem Querdurchmesser von 2 Centimeter.

2) Fräulein W., 46 Jahre alt. — Linke mittlere Muschel blasenartig aufgetrieben, drückt auf's Septum, das eine Einbuchtung darbietet. Mit Meissel und meiner Zange entfernt. Geruch, seit 12 Jahren verloren, kehrt wieder. Heilung in 1 Monat.

3) Frau H., 42 Jahre alt. — Rechte mittlere Nasenmuschel wallnussgross. Mit Galvanokauter durchbohrt, mit Meissel und Zange entfernt. Knochenblase über 2 Centimeter lang, 1,5 Centimeter breit.

4) Frau K., 38 Jahre alt. — Linke mittlere Muschel vergrössert, Septum nach rechts ausgebogen. Migräne. Mit Galvanokauter und Zange zerstört und entfernt. Heilung in 1 Monat. Bei allen Fällen war die Blutung eine bedeutende und musste ich mit Liquor ferrisesquichlorat. Watte tamponiren. Die Heilungen verliefen ohne unangenehme Zwischenfälle.

Chronische Rhinitis hyperplastica

galvanokaustisch operirt.

Trotz der weiteren Arbeiten Hack's über die Reflexneurosen, von den Schwellkörpern der Nasenhöhle ausgehend, bleibe ich bei meiner Ansicht stehen, dass es sich, wenigstens in allen meinen Fällen, um einen chronisch hyperplastischen Nasencatarrh handelte und dass wir die Erkrankung des cavernösen Gewebes von diesem Begriffe weder trennen können noch dürfen.

Eugen Fränkel, dessen angebahnte Kritik nach Hack die Sache sehr zu fördern vermochte, sagt hierüber Folgendes: „Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte haben wir es mit hypertrophischen Vorgängen an der Muschelbekleidung zu thun, welche bald die eigentlichen Schleimhautbestandtheile, bald das hier befindliche cavernöse Gewebe, bald den Ueberzug in seiner Totalität betreffend, entweder zu diffusen Verdickungen oder zu mehr circumscripten tumorähnlichen Anschwellungen führen, wobei die Schneider'sche Membran, je nachdem das cavernöse oder eigentliche Schleimhautgewebe mehr an der Hyperplasie participirt, entweder ein dunkelrothes, oder grau-opakes durchschimmerndes Aussehen und eine elastisch weiche, oft luftkissenartige Consistenz darbietet."

Es entwickeln sich also die Hyperplasien einzelner Parthien der Schleimhaut aus der bei öfteren Catarrhen vorhandenen Hyperämie und entzündlichen Schwellung der Nasenmuschelschleimhaut und des cavernösen Gewebes. Es nehmen an derselben besonders das submucöse Bindegewebe, die Drüsen und das cavernöse Gewebe Theil.

Für meine Ansicht spricht auch die neueste Untersuchung Zuckerkandl's „über das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut und dessen Beziehungen zur Respiration". Zuckerkandl constatirt, dass Schwellgewebe in der ganzen Nasenschleimhaut sich vorfindet, ausser in der engen Riechspalte.

Es kann demnach überall auch das Schwellgewebe erkranken, hyperplastisch werden. Diese Erkrankung des Schwellgewebes erfolgt aber nach meiner u. A. Beobachtung nicht an der einen Stelle für sich allein, sondern immer im Verlaufe eines chronischen Catarrhes, an dem die ganze Schleimhaut der Nase erkrankt ist.

Meine Beobachtungen stimmen also vollkommen mit den pathologisch anatomischen Untersuchungen überein, insofern ich ausgeprägte Hyperplasie der Schleimhaut, sowohl an allen Muscheln als am Septum beobachtete. Dass weitaus am häufigsten die untere Muschelschleimhaut an der Hyperplasie Theil nimmt, ist nicht zu bestreiten und hat dies seinen natürlichen Grund in der Grösse und der Lage derselben — sie hat eben am meisten Schwellgewebe.

Nach Hack's ersten Arbeiten namentlich aber hätte man glauben können, dass überhaupt nur durch Hyperplasie des cavernösen Gewebes der vorderen unteren Muschelenden Reflexneurosen entständen und nur von dort Reflexe ausgelöst würden.

Dagegen bin ich von Anfang an aufgetreten und habe vor Täuschungen gewarnt, welche „dem allzuraschen, unkritischen Enthusiasmus zahlreicher Aerzte ein Ende machten", wie Hack auf dem vierten Congress für innere Medicin im April 1885 sagte.

Ich finde es sehr naiv, wenn jetzt Hack den Collegen Kritiklosigkeit vorwirft, die ihm auf seine ersten enthusiastischen Berichte hin vertrauensvoll ihre Kranken zusandten!

In Wiesbaden allerdings erklärte Hack, „ich fürchte, die Gefahr ist gross, dass die Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf das Asthma überschätzt wird und ich möchte, auf meine eigenen Misserfolge gestützt, nicht versäumen, gegen eine solche Uebertreibung Verwahrung einzulegen!"

Nun ich habe gleich Anfangs Hack gegenüber Verwahrung vor Ueberschätzung eingelegt und diese Gefahr damals schon erkannt, die Hack aber selbst verschuldet hat!

Dabei erkenne ich heute noch wie damals das Verdienst Hack's

an, dass er die allgemeine Aufmerksamkeit von Neuem auf die Wichtigkeit einer sachgemässen Untersuchung und Behandlung erkrankter Nasen gelenkt hat.

Nur hätte Hack dies, zum mindesten gesagt, in einer vorsichtigeren Weise thun sollen!

In Wiesbaden sagt Hack, dass er noch immer schroff zwischen den Formen scheiden müsse, in denen nur das cavernöse Gewebe auffallend geschwellt und vielleicht auch hyperplastisch ist und jenen Formen, in denen vorwiegend der Schleimhautüberzug und die eigentlichen Schleimhautbestandtheile sich hyperplastisch erweisen, wobei er natürlich sofort einräumt, dass Uebergänge nach beiden Seiten stattfinden können.

Ich habe nun dagegen protestirt, dass die Hyperplasie des cavernösen Gewebes als eine Krankheit sui generis aufgefasst wird, während ich Hack beipflichte, dass von diesen Hyperplasien des Schwellgewebes die Reflexe ausgelöst zu werden scheinen.

Ich habe dagegen protestirt, dass Hyperplasien des cavernösen Gewebes nur an den vorderen unteren Muschelenden vorkommen und behauptet, dass die Auslösung der Reflexe von jeder beliebigen Stelle der Nasenschleimhaut aus stattfinden kann, wo sich cavernöses Gewebe befindet und wo dieses also auch im Gefolge einer chronischen Rhinitis hyperplastisch werden kann. Nach Zuckerkandl's pathologisch-anatomischen Untersuchungen glaube ich Recht behalten zu haben und sehe mich nicht veranlasst, meine früheren Anschauungen zu modificiren.

Was die Aetiologie der chronischen hyperplastischen Rhinitis betrifft, so möchte ich auf die einschlägigen Specialarbeiten namentlich von Michel, Bresgen und Schech verweisen. Dass eine Disposition dazu angeboren ist, möchte ich als sicher annehmen. Diese Disposition wird durch unpassende Lebensweise, Kleidung, viel Rauchen, durch ungünstiges Klima, Aufenthalt in schlecht ventilirten Räumen, gewisse Berufsarten etc. gefördert. — So trägt zu enge Halsbekleidung entschieden zur Entstehung derselben bei. Die Scrophulose scheint bei dieser Erkrankung eine geringere Rolle zu spielen, als bei den übrigen Nasenkrankheiten.

Das männliche Geschlecht ist häufiger vertreten als das weibliche; am stärksten ist hier auch das 10.—30. Lebensjahr betheiligt.

Zur Sicherstellung der Diagnose ist die Sondirung absolut nothwendig. Jede Schleimhautparthie, welche eine teigige, luftkissenartige Beschaffenheit zeigt, sich mit der Sonde tiefer eindrücken, hin- und herschieben oder sonst aus ihrer Lage bringen lässt, muss nach Bresgen und Schech als hyperplastisch betrachtet werden. Von diagnostischem Werthe ist das Verhalten des cavernösen Gewebes insofern, als ihr An- und Abschwellen bei geringfügigen Reizen ebenso als ein Symptom gesteigerter Reflexerregbarkeit betrachtet werden muss, als das Auftreten von Niesanfällen, Thränenträufeln, Husten etc. bei Berührung der übrigen Schleimhaut. Auf diese Punkte hat Michel bereits 1876 aufmerksam gemacht. Bei Stellung der Prognose bin ich noch vorsichtiger geworden als früher, wenngleich meine Resultate äusserst günstige sind, wie ich später erweisen kann. Namentlich habe ich schon in meiner früheren Arbeit darauf aufmerksam gemacht, dass es eben einfach unmöglich ist, alle die auf pathologisch-anatomischen Veränderungen beruhenden Krankheitserscheinungen, welche z. B. ein seit Jahren bestehendes Asthma hervorgerufen hat, mit dem Galvanokauter wie mit einer Zauberruthe mit einem Schlage zu beseitigen. Derartige Schlüsse schädigen im höchsten Grade das wirklich Gute jeder Heilmethode, vernichten das Vertrauen des kranken Publikums zu unserem Wissen und Können.

Denn wie viele Mittel hat so ein Asthmatiker bereits verschluckt, die ihm alle sichere Hilfe bringen sollten, wie vielen geld- und zeitraubenden Kuren hat er sich unterworfen, um sich schliesslich mit Resignation in sein Schicksal zu ergeben!

Hier ist Zurückhaltung, weise Beschränkung des Urtheiles über den Werth einer neuen Heilmethode doppelt geboten!

Warum nicht jede hyperplastische Rhinitis eine Reflexneurose im Gefolge hat, das vermag bis jetzt Niemand zu erklären.

Dass übrigens Reflexneurosen mit obiger Erkrankung nicht so selten verbunden sind, wird meine Statistik zeigen.

Allerdings habe ich seit $1^1/_2$ Jahren mit bestem Erfolge die von Hering empfohlene Chromsäure, angeschmolzen an einen Metall- oder Glasstab, häufig angewandt und sind dadurch meine Operationen mit der Galvanokaustik seltener geworden — und letztere sind hier nur verzeichnet.

Ich habe die Chromsäure namentlich in leichteren Fällen an-

gewandt und bin damit immer zum Ziele d. h. zur Beseitigung der chron. hyperplast. Rhinitis und der damit event. verbundenen Reflexneurosen gekommen.

Wenn ich nun auf die Operationsmethode selbst eingehe, die Michel zuerst und später Eug. Fränkel ausführlicher beschrieben hat, so möchte ich vorausschicken, dass auch ich wie Bresgen von Anfang an Furchen zog; ich in der Voraussicht, dass die sich entwickelnde Narbe durch die hervorgerufene Entzündung an der Concha festhaften und so immer eine freie Ventilation der Nase bestehen bleibe, auch wenn neue Catarrhe Schwellung der Schleimhaut veranlassten.

Hack legte nun das meiste Gewicht auf seine sogen. Stichelmethode und kam erst später zu der gleichen Ansicht wie wir Anderen, dass eben vor allen Dingen eine recht gründliche Zerstörung der Hyperplasien nothwendig ist, um einen dauernden Erfolg zu erzielen. Ich bediente mich zu meinen Operationen hauptsächlich der gracilen Schech'schen Instrumente. Heutzutage können durch Bestreichen mit 5—10 %iger Cocainvaseline die zu operirenden Flächen ziemlich unempfindlich gemacht werden. Die umliegenden Parthien können gegen die Einwirkung der ausstrahlenden Hitze durch Hornplatten geschützt werden. Meistens ist dies jedoch unmöglich, indem die Nasengänge eben durch die Hyperplasie so verengt sind, dass man froh ist, mit dem Instrumente allein Eingang zu finden. Meist sind mehrere Operationen nöthig, um den gewünschten Erfolg zu erreichen und muss eine sorgfältige Nachbehandlung stattfinden.

Hat die Verbrennung der Schleimhaut nicht einen gewissen Grad erreicht und stossen sich die oberflächlichen Brandschorfe nicht frühzeitig und vollständig genug ab, dann habe ich zu verschiedenen Malen gesehen, dass sich die Schorfe organisirten, offenbar durch Wiederöffnung des Capillarnetzes. Dieser Umstand birgt bei bedeutender Verengerung gewisse Gefahren in sich. Der Brandschorf legt sich durch die entzündliche Reaction und später durch Imbibition verdickt an die gesunde Schleimhaut des Septum an und es tritt eine Verwachsung der betr. Muscheln mit dem Septum ein. Es braucht bei der Operation durchaus keine Verletzung des Septum erfolgt zu sein, um diesen ungünstigen Ausgang herbeizuführen.

Ich entferne deshalb solche Schorfe am 3.—4. Tage mit der Sonde. Hering erwähnte einiger solcher Fälle in Kopenhagen.

Ebenso machte derselbe darauf aufmerksam, dass Necrosen der Nasenmuscheln ihm nach der Operation vorgekommen seien und glaube ich, dass diese Uebelstände bei der galvanokaustischen Operation immerhin Beachtung verdienen, da ich dieselben nicht auf ein unvorsichtiges Operiren zurückführen möchte.

Bei einem meiner Fälle ist ein fortwährendes Abstossen der Schleimhaut in Form von kleinen Schorfen jahrelang nach der Operation zurückgeblieben.

Ferner entstehen bei unvorsichtigem Operiren leicht Mittelohrentzündungen.

Eines Falles möchte ich noch Erwähnung thun, bei dem der Patient durch die galvanokaustische Operation der hyperplastischen unteren Muscheln seinen Geruch namentlich für die Morgenstunden verloren hat. Ich kann mir dies nur auf folgende Weise erklären: Durch die galvanokaustische Operation wurden eine Menge Gefässbahnen zerstört. Der Blutandrang erfolgt nun nach den nicht operirten Schleimhautparthien zu, in diesem Falle die mittleren Muscheln, wodurch die Riechspalte vollkommen geschlossen erscheint, wie ich mich des öfteren überzeugte. Patient hat nun allerdings eine sehr gute Athmung durch die Nase, hätte aber lieber seinen Geruch wieder.

Man muss aus diesen verschiedenen Gründen sehr vorsichtig, sowohl in der Auswahl der zu Operirenden, als auch bei der Operation selbst sein.

So operire ich die hyperplastischen hinteren Muschelenden nie mit dem Galvanokauter bei Patienten, welche irgend welche Gehöraffection haben oder gehabt haben.

Als häufige unmittelbare Folgeerscheinungen der galvanokaustischen Operationen traten heftige Schmerzen in den Gesichtsknochen, Zähnen, Schwellung der Gesichtsmuskulatur und erysipelatöse Röthe der sie bedeckenden Haut unter Fiebererscheinungen auf.

Einmal beobachtete ich am Tage nach der Operation ein Erythem, das sich über den ganzen Nacken des Patienten ausbreitete.

Ferner können beim Abstossen der Schorfe bedeutende Blutungen entstehen, die Eiterung einen mehr als wünschenswerthen Grad erreichen und ist es jedenfalls gut, den Patienten auf solche eventuelle Ereignisse gleich aufmerksam zu machen. Bemerken möchte ich noch, dass ich höchst selten einen so prompten Erfolg von den galvanokaustischen Operationen auf die verschiedenen Reflex-

Chronische Rhinitis hyperplastica galvanokaustisch operirt.

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Gebessert.	Geheilt.	Nicht gebessert.	Summa.	Seröser Ausfluss secretor. Neurosen.	Eitriger Ausfluss.	Ozäna.	Epistaxis.	Acne rosacea.	Erysipelas.	Geruch verloren.	Kopfschmerz.	Stirnkopfschmerz.	Supraorbital-Neuralgie.	Schläfenkopfschmerz.	Niesskrampf.	Migräne.	Heufieber.	Schwindel.	Asthma.	Brustschmerzen.	Heiserkeit.	Husten.	Bronchitis.	Spasmusglottidis.	Obstipatio.	Thränenträufeln.	Flimmerscotom.	Ohrensausen.	Schwerhörigkeit.	Gesichtsziehen.
1—10	2	2	—	4	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
10—20	55	36	2	89	—	91	1	—	2	6	—	1	—	3	2	2	—	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	1	—	1	—
20—30	108	48	12	143	1	156	5	—	7	4	7	2	3	11	4	2	2	—	2	1	2	2	5	3	2	3	—	1	5	—	—	—	—
30—40	58	16	5	69	—	74	1	2	2	—	2	—	2	4	2	—	—	1	1	—	1	2	—	1	2	—	—	2	2	—	1	1	—
40—50	23	10	4	29	—	33	—	—	1	—	2	1	2	5	1	1	—	2	3	—	1	2	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—
50—60	8	3	3	8	—	11	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
60—70	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	254	116	27	342	1	370	7	2	12	10	12	4	7	26	9	6	2	3	6	1	4	9	6	5	4	3	1	3	9	2	1	2	1
	370																																

erscheinungen constatiren konnte wie Hack. Ich fand oft, dass sowohl eine sorgfältige localmedicamentöse Nachbehandlung als auch eine Berücksichtigung der Gesammtconstitution des Kranken nothwendig war, um den vollen Erfolg der Behandlung dauernd zu sichern.

Aus vorstehender Tabelle (pag. 19) sind die Fälle von chronischer hyperplastischer Rhinitis mit Reflexneurosen verbunden leicht ersichtlich, und ist es interessant, wie verschiedene Reflexe allerdings von der Nase aus ausgelöst werden können.

Ich möchte über das Endresultat nur Folgendes bemerken.

Nur gebessert wurden:

Von	12	Ozänafällen	11
»	9	Asthmafällen	4
»	26	Kopfschmerzfällen	2
»	6	Migränefällen	2
»	9	Stirnkopfschmerzfällen . .	5
»	6	Supraorbitalneuralgien . .	1

Nicht gebessert wurde 1 Fall von Platzschwindel. Alle übrigen Fälle konnten geheilt entlassen werden. Es ist dies gewiss ein erfreuliches Resultat und ermuntert zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiete; nur darf man nicht in den Fehler verfallen, jedwede Krankheit von der Nase aus heilen zu wollen.

Nasenpolypen.

Ueber die Aetiologie der Nasenpolypen wissen wir eigentlich nichts Bestimmtes. Doch möchte ich für die Entwickelung der Schleimpolypen wenigstens annehmen, dass sie immer auf der Basis eines chronisch hyperplastischen Nasencatarrhes sich entwickeln. Sei es nun, dass die Drüsensubstanz, das Bindegewebe sich einseitig an manchen Stellen der Nasenschleimhaut excessiv weiter entwickelt, sei es, dass durch heftiges Schnauben kleine Läppchen der Schleimhaut halb los gerissen werden und sich dann zu Polypen weiter ausbilden. Für die Entstehung der Papillome, welche ich in meiner früheren Arbeit als teleangiectatische Tumoren beschrieben habe, ist die Hyperplasie des cavernösen Gewebes maassgebend, da dieselben nur da beobachtet werden, wo solches in reichlicherem Maasse vorhanden ist, also an den vorderen und hinteren Enden der unteren und mittleren Muscheln. Wenigstens habe ich einige Papillome auch von den letzteren entfernt.

Nasenpolypen.

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Links.	Rechts.	Beiderseits.	Summa.	Schleimpolypen.	Papillom.	Fibrom.	Teleangiectat. Tumoren.	Carcinom.	Mit kalter Schlinge operirt.	Galvanokaustisch operirt.	Geheilt.	Recidiv.	Gestorben.	Blasenpolypen.	Nasenrachenpolypen.	Schwerhörigkeit.	Schwindel, Kopfschmerz, Migräne.	Niesskrampf.	Thränenträufeln.	Asthma gebessert.	Asthma geheilt.
5—10	3	—	1	—	2	3	—	3	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10—20	17	13	15	6	9	30	18	9	2	1	1	21	14	26	4	—	2	3	—	1	—	2	—	—
20—30	54	48	31	28	43	102	78	18	4	1	1	85	61	87	14	1	1	2	—	12	1	3	3	4
30—40	52	18	20	22	28	70	58	8	4	1	1	65	36	60	10	—	1	3	—	4	1	—	1	5
40—50	34	11	11	7	27	45	39	4	—	—	2	47	31	36	7	2	1	4	2	2	—	—	4	—
50—60	20	10	8	7	15	30	26	—	4	—	1	30	11	24	5	1	—	3	1	1	—	—	3	—
60—70	10	4	1	6	7	14	10	2	1	1	1	13	7	10	3	1	—	—	—	—	—	—	—	2
70—90	3	3	3	1	2	6	5	—	1	—	—	6	3	6	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
	193	107	90	77	133	300	234	44	16	4	7	269	164	252	43	5	5	15	3	20	2	5	12	11
	300		300				305*)					300											23	

*) 4 Mal wurde Papillom und 1 Mal Carcinom gleichzeitig mit Schleimpolypen beobachtet.

Unter teleangiectatischen Tumoren, welche ich nach Hopmann's Vorgange von den Papillomen jetzt streng unterscheide, verstehe ich eine Geschwulstbildung, in welcher varicös erweiterte Gefässe prävaliren. Sie verdanken ihre Entstehung wohl meist Stauungsvorgängen in den weiter nach hinten liegenden Gefässgebieten oder Congestivzuständen, da ich dieselben immer an den vordersten Theilen der Nasenschleimhaut und zwar am Septum beobachtete.

Die Aetiologie der übrigen Neubildungen ist uns ganz dunkel geblieben und müssen wir wohl, wie Voltolini sagt, für sie alle mehr oder minder eine gewisse individuelle Disposition annehmen.

In vorstehender Tabelle (pag. 21) ist das Alter vom 20. bis 50. Lebensjahre am stärksten vertreten und von diesen wieder das 20. bis 30. mit 1/3 aller Fälle. Auch das höchste Alter ist nicht verschont, obwohl man nach Arth. Hartmann annehmen muss, dass dieselben dann schon lange bestanden haben. Mein ältester Patient zählte 86 Jahre. Im Ganzen scheint das männliche Geschlecht mehr damit behaftet zu sein, mit 64,3 % der Fälle gegen das weibliche mit 35,7 %.

In beiden Nasenhöhlen kommen namentlich die Schleimpolypen und Papillome gleichzeitig vor, während die teleangiectatischen Tumoren, Fibrome, Carcinome mehr einseitig beobachtet wurden.

Die Schleimpolypen prävahren ungemein mit 76,3 %, dann folgen die Papillome mit 14,7 %, die Fibrome mit 5,3 %, die teleangiectatischen Tumoren mit 1,3 %. Selten sind zum Glücke die Carcinome, welche mit 2,3 % sich anreihen.

Schleimpolypen, weiche Fibroide.

Die histologische Beschaffenheit derselben ist von Th. Billroth in erschöpfender Weise beschrieben. Sie behalten die Elemente der Schleimhaut, aus der sie hervorgehen und deren Epithel sie bekleidet, bei, und überwiegen bald das Bindegewebe, bald die Drüsensubstanz.

Nach B. Fränkel verdienen manche derselben den Namen Adenome, weil dieselben aus neugebildeten hypertrophischen Drüsen bestehen, welche von einem weichen, häufig ödematösen Bindegewebe zusammengehalten sind.

Zuweilen dehnen sich einige Drüsenalveolen durch den sich in ihnen anhäufenden, zuweilen durch Beimischung fettig degenerirter

Zellen, milchigen, zähen Schleim derart aus, dass sie förmliche Cysten bilden und somit der Polyp den Charakter eines sogen. Blasenpolypen gewinnt. O. Weber.

Ich selbst habe 5 derartige fast hühnereigrosse Blasenpolypen operirt, von denen 3 vom Boden der Nasenhöhle, 2 von der unteren Fläche der unteren Muscheln ausgingen. Die Schleimpolypen sind entweder gestielt oder sitzen mit breiter Basis auf und haben dann ein hahnenkamm-blattförmiges Aussehen. Sie finden sich bald solitär, bald mutipel in einer, häufiger beiden Nasenhöhlen, und auch in den Nebenhöhlen der Nase vor. Was den Sitz der Schleimpolypen betrifft, so stimme ich den Ausführungen Zuckerkandl's bei, dass sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von den Siebbeinmuscheln und den Gebilden des mittleren Nasenganges ausgehen.

Jedoch habe ich ausser den vorerwähnten 3 Blasenpolypen 3 weitere Schleimpolypen von dem Boden der Nasenhöhle entfernt und ebenso einige vom Dache der Nasenhöhle und aus der Stirnhöhle mit der kalten Schlinge herabgeholt. Ferner operirte ich einen grossen Schleimpolypen von dem vorderen Tubenwulste weg.

Ebenso kann ich Cloquet's und Hartmann's Behauptung von dem Vorkommen gestielter Polypen am Septum bestätigen, indem ich einige solche Fälle operirte.

Häufig sieht man am Ende des Septum in den Choanen polypöse Wucherungen, polypoide Hypertrophien, wie Hopmann sagt, meist beiderseits, breitbasig, von länglicher Form, über die ganze Höhe des Septum sich erstreckend. Dieselben sind häufig die alleinige Ursache eines lange bestehenden Nasenrachencatarrhs; sie können meist nur durch die Rhinoscopia posterior entdeckt werden.

Die Grösse und Menge der Schleimpolypen variirt sehr, von Linsen- bis Erbsen- bis Hühnereigrösse, von 1—60 Stück. Aus 2 Nasenhöhlen nahm ich in je 3 Sitzungen Massen, welche 25 und 32 Gramm wogen und 30 bis 32 resp. 35—38 Cb.-Centimeter an Raum einnahmen, nachdem sie fast 1 Jahr in absolutem Alcohol gelegen hatten. Unter ihnen befindet sich ein Polyp von 14 Centimeter Länge. Sie entstehen und verlaufen schmerzlos; die Kranken merken ihre Anwesenheit meist erst dann, wenn ihr Wachsthum soweit vorgeschritten ist, dass sie anfangen Stenose der Nasenhöhle zu bewirken, oder dass sie gar bereits äusserlich sichtbar werden. Die Schleimpolypen zeigen die Eigenthümlichkeit, dass sie bei

feuchtem Wetter mehr anschwellen und die Verstopfung der Nasenhöhlen auffälliger wird. Sie sind blass, eigenthümlich glänzend, etwas durchscheinend, weich und nachgiebig anzufühlen und unterscheiden sich durch diese Zeichen von solideren Geschwülsten. Die meisten Patienten sind genöthigt, mit offenem Munde zu athmen. Spontane Blutungen aus ihnen sind selten. Vermehrte Secretion ist immer vorhanden. Dieselbe wird dadurch eine eitrig-übelriechende, dass der Abfluss der Secrete durch zu enges Zusammenliegen der Polypen unter sich oder mit der Nasenschleimhaut behindert ist. Ferner werden oft die natürlichen Ausflussöffnungen der Sinus lacrymal. sphenoidal. frontalis durch die Polypenmassen verlegt; das Secret sammelt sich an, wird übelriechend, corrodirt die Auskleidung dieser Höhlen, necrotisirt durch den Druck die Knochen und entstehen auf diese Weise oft langjährige Eiterungen, welche nur durch Auskratzung der Höhlen mit dem scharfen Löffel beseitigt werden können.

Sind die Schleimpolypen sehr zahlreich vorhanden, dann wird die Form der Nase oft bedeutend verändert, sie wird breit und platt und erscheinen besonders die Nasenfortsätze des Oberkiefers auseinandergetrieben, wie die Nasenscheidewand bei einseitig vorhandenen Polypen nach der anderen Seite hin ausgebaucht werden kann.

Ausserdem gaben sie direct zur Necrose einzelner Knochen Veranlassung. So blieb bei einigen Patienten trotz sorgfältiger Entfernung aller Polypen ein stinkend-eitriger Ausfluss bestehen. Die Nasenmuschel, meist die mittlere, erschien aufgetrieben. Ich durchstach mit dem Galvanokauter die Concha und es entleerte sich eine Menge Eiter. Erst durch theilweise Entfernung der Concha mit dem Hohlmeissel gelang es mir, das Uebel radical zu beseitigen.

Papillome.

Den Bau dieser Geschwülste hat Hopmann einer genaueren Untersuchung unterzogen und gefunden, dass sie sich durch den papillären Bau ihrer Oberfläche, durch Gefässectasien und cystoide Degeneration der Drüsen auszeichnen. Ich habe dieselben 44 Mal meist bilateral beobachtet. Sie sitzen an dem vorderen oder hinteren Ende der unteren oder mittleren Muscheln. Sie entwickeln sich aus dem eigenthümlich cavernösen Gewebe der Nasenmuschelschleimhaut und verdanken diesem Umstande ihren Blutreichthum und die Fähigkeit, sich plötzlich zu vergrössern oder zu verkleinern.

Die Geschwülste sind von dunkel- oft blaurother Färbung, zeigen eine eigenthümliche Uebereinanderlagerung von lappenförmigen Abschnitten und fühlen sich ziemlich derbe an. Sie sind muskat- bis kleinwallnussgross und schwellen bei Catarrhen und allen Congestivzuständen oft enorm an.

Ich habe sie fast nur bei jugendlichen Individuen beobachtet.

Das Vorkommen einer Geschwulstform schliesst das einer anderen nicht aus; so sah ich 4 Mal bei Papillomen gleichzeitig Schleimpolypen vorhanden.

Fibrome.

Sie gehen meist vom Perioste aus, können aber auch von allen der Nase benachbarten Höhlen und in die Nase einmündenden Canälen in die Nasenhöhle hineinwuchern.

Sie entwickeln sich allermeist kurz vor und während der Pubertätszeit. Ihr Wachsthum ist mässig langsam, doch erreichen sie im Laufe einiger Jahre den Umfang eines Borsdorfer Apfels. Sie kommen sowohl gestielt als breitbasig vor, meist aber nur solitär. Ihr festeres und derberes Gefüge unterscheidet sie von den Schleimpolypen. Sie wuchern über ihr Muttergewebe hinaus, corrodiren die Nachbarschaft und gehören so bereits in die Reihe der bösartigen Geschwülste. Eine besondere Gefährlichkeit erlangen sie überdies dadurch, dass sie in die Schädelhöhle hineinzuwachsen lieben. O. Weber. Sie nehmen ihren Ausgangspunkt, wie schon gesagt, meist vom Perioste, vielleicht vom Knochen selbst und ist ihr gewöhnlichster Sitz das Os tribasulare, ganz besonders des Körpers des Keilbeins (Brissaux), die Keilbeinhöhlen oder auch die Aponeurose des Foramen Lacer. anterius (Robert). Dann erscheinen sie als eigentliche Rachenpolypen, die oben im weiteren Verlaufe gegen die Nasenhöhle fortwachsen. Ferner können sie unzweifelhaft vom Boden der Nasenhöhle, von dem Process. palatinus des Oberkiefers und des Gaumenbeines entspringen.

Im weiteren Verlaufe ihres Wachsthums werden die ihnen im Wege stehenden Knochen theils durch den Druck usurirt, theils accommodiren sich letztere zunächst in ihrer Form der Geschwulst, so dass dieselbe von Knochenschalen umhüllt ist. Zuweilen exulceriren sie auf ihrer Oberfläche und geben nicht selten zu sehr heftigen, oft tödtlichen Blutungen Veranlassung. Mit den Weich-

theilen, namentlich dem Gaumensegel pflegt die Oberfläche später zu verwachsen, und ist es höchst wichtig, dass die Geschwulst operirt wird, ehe sie zahlreiche Adhäsionen eingegangen ist. Es ist vorgekommen, dass sie sich durch spontane Necrose abgestossen haben und radical heilten. Meist aber greift die Geschwulst immer mehr um sich und erschwert vom Gaumen aus das Schlucken und Athmen und kann am Ende durch Zudrücken des Kehldeckels Erstickung bedingen.

Sie müssen jedenfalls so früh und so vollständig wie möglich entfernt werden, da zurückbleibende Reste rascher wachsen und leicht sarcomatös degeneriren.

Die Derbheit, elastische Härte, die rundliche, glatte Oberfläche lässt sie von anderen Geschwülsten unterscheiden. Meine 16 Fälle, welche der Mehrzahl nach unter den Nasenrachenpolypen verzeichnet sind, waren und blieben gutartig bis auf einen Fall, der unter Carcinom verzeichnet ist.

Teleangiectatische Tumoren.

Ich habe dieselben 4 Mal als flächenartige Geschwülste vom Septum beobachtet. Sie zeichnen sich durch einen grossen Reichthum sehr erweiterter Gefässe aus, bluten bei der leisesten Berührung sehr stark und sind sehr schwer zu beseitigen. Ihre Oberfläche sieht wie rother Plüsch aus, ist mit kleinen zottenförmigen Auswüchsen bedeckt, die der Hauptsache nach aus erweiterten Gefässschlingen bestehen. Sie erheben sich nicht viel über die Oberfläche der Schleimhaut. Nur 1 Mal war die Geschwulst wie eine getheilte Himbeere anzusehen.

Carcinome.

Die Carcinome, und zwar Scirrhen von den Knochen ausgehend, epitheliale Markschwämme, die von der Schleimhaut beginnen, ferner namentlich auch Sarcome haben nie eine schmale Basis, sondern sind meistens halbweiche, knollig-lappige, oder rundliche Geschwülste. Sie wachsen rasch, verschmelzen sehr bald mit der Nachbarschaft und ziehen dieselbe in den Wucherungsprocess mit hinein. Sie bringen die Knochen zur Resorption, kommen an der Aussenseite derselben unter der Haut zum Vorschein, füllen bei weiterem Wachsthum die ganze Nase aus und brechen schliesslich auf und bluten.

Nach O. Weber sollte man auch diese Geschwülste durch gründliche Resectionen entfernen, so lange die Exstirpation im Bereiche der operativen Möglichkeit liegt. Von Carcinomen sah ich nur 7 Fälle:

1 Medullarsarcom, das sich im Laufe von 3 Jahren aus einem Fibrome, welches vom Velimolle ausgegangen und mit der galvanokaustischen Schlinge immer sehr gründlich entfernt war, entwickelte. Dasselbe füllte schliesslich die ganze Highmorshöhle aus, brach durch die Zahnalveolen durch, corrodirte das Nasenseptum und veranlasste schreckliche Blutungen. Schliesslich endete eine Verschleppung in die Leber rasch das traurige Loos des Mannes;

1 Epithelialcarcinom, offenbar von der Schleimhaut der mittleren linken Muschel ausgehend;

2 Myxosarcome, die in der linken Highmorshöhle ihren Ursprung zu haben schienen;

1 Fibrosarcom, von der hinteren Rachenwand ausgehend;

1 Sarcom, vom linken Schädeldache entspringend, über das linke Velimolle hinüberwuchernd;

1 Medullarsarcom, von der linken unteren und mittleren Muschel entspringend.

Symptome.

Ausser den gewöhnlichen Symptomen der Undurchgängigkeit der Nase für Luft, der mehr oder minder ausgeprägten nasalen Sprache und den schon vorher erwähnten Krankheitserscheinungen möchte ich noch folgende hervorheben:

1) Eingenommenheit des Kopfes, zu halb- und doppelseitigen sehr heftigen Kopfschmerzen sich steigernd; die letzteren können das Bild einer Migräne darbieten. 20 Mal beobachtet und alle Fälle geheilt.

2) Abnahme der Geruchs- und in der Folge auch der Geschmacksempfindung durch Verlegung der Riechspalte.

3) Thränenträufeln; 5 Mal beobachtet und geheilt. Offenbar bewirkt durch mechanischen Verschluss des Thränennasenkanales.

4) Immerwährender Nasencatarrh mit schleimig-eitrigem, oft fötidem Ausflusse.

5) Schwerhörigkeit beim Sitze der Polypen im Cavum pharyngo-nasale. 3 Mal beobachtet und geheilt.

6) Kaum zu stillendes Nasenbluten habe ich bei den hahnenkammförmigen Schleimpolypen seltener, dagegen sehr häufig bei Papillomen, teleangiectatischen Tumoren und Carcinomen beobachtet.

7) Niesskrampf; 2 Mal bei Papillomen beobachtet und geheilt.

8) Voltolini, Hartmann, Fränkel, Bresgen, Hack, Schech, ich u. A. haben verschiedene Fälle constatirt, bei denen durch Nasenpolypen das sogen. Asthmanervosum hervorgerufen wurde und mit der Entfernung der Polypen verschwand. Ich habe im Ganzen 23 solche Fälle beobachtet, von denen 11 Fälle geheilt, 12 gebessert wurden. Während der Kopfschmerz, die Migräne, der Schwindel öfter bei die ganze Nasenhöhle ausfüllenden Polypen beobachtet wurden, bedingten gerade weniger zahlreiche Polypen den Niesskrampf, das Asthma. Danach muss man sich zu der von Hack und Schech vertretenen Ansicht hinneigen, dass die Auslösung der Reflexe nicht durch die Polypen selbst, sondern durch die angrenzende, also relativ normale Schleimhaut, resp. durch das entartete Schwellgewebe derselben hervorgerufen wird.

Die Diagnose wird am sichersten gestellt durch die Rhinoscopia anterior et posterior. Zu ersterer kann man eine der vielen angegebenen Nasenspecula benützen, zu letzterer muss man sich des Spiegels und reflectirten Lichtes bedienen. Bei Nasenrachenpolypen ist die Digitaluntersuchung unumgänglich hinzuzufügen, um den Sitz, Umfang, Beschaffenheit der Geschwulst, event. Verwachsungen etc. festzustellen. Um die Ansatzstelle einzelner Polypen in der vorderen Nasenhöhle zu bestimmen, bedient man sich mit Vortheil der Sonde.

Ueber die Prognose lässt sich nach dem Vorhergesagten leicht ein Urtheil bilden. Am gefährlichsten sind natürlich die Carcinome und starben von meinen 7 Fällen bis jetzt 5. Die meisten Patienten kamen in so weit vorgeschrittenem Stadium zu mir, dass nur zu ihrer Erleichterung Operationen vorgenommen wurden, an eine Radicaloperation aber nicht mehr gedacht werden konnte. Die beiden noch lebenden Fälle betreffen einen 18jährigen Mann mit Sarcom und einen 42jährigen Mann mit Medullarsarcom. Der erstere wurde vor einem Jahre mit Lange's galvanokaustischem Messer operirt nach Durchtrennung des Gaumensegels. Bei dem letzteren wurde die linke untere und mittlere Muschel mittels Hohlmeissel und Knochenzange entfernt und die übrigen Knochen sorgfältig ausgekratzt. Durch sehr sorgfältige Operation der Schleim-

polypen lässt sich auch bei diesen meist ein Recidiv verhüten. Im Ganzen stellte sich das Resultat so, dass 84 % geheilt entlassen werden konnten, bei 14,3 % stellten sich Recidive ein und 1,7 % starb.

Therapie.

Zur Operation der Schleimpolypen, theilweise auch der Fibrome, benützte man früher eigentlich nur Zangen. Das Unvollkommene springt namentlich in die Augen, wenn man sich denkt, wie häufig der eine Polyp in viele Theile zerquetscht, zerrissen wurde, welche dann wieder als neue Polypen sich weiter entwickeln konnten. Hat man nur einen gestielten Polypen vor sich, so kann man denselben immerhin auch heute noch mit einer passenden, krückenförmig gebogenen Kornzange (wie Fig. 2) ausreissen oder abdrehen und habe ich dies selbst öfter gethan.

Ferner gibt es sehr flach aufsitzende Polypen, namentlich an der mittleren Muschel, die man mit der Schlinge nicht gut fassen kann. Für diese, sowie die eventuellen Reste anders operirter Polypen, habe ich meine früher erwähnte Knochenzange mit sehr gutem Erfolge verwendet. Es gibt Patienten, welche sich vor der Anwendung des Galvanokauters zum Zwecke der Zerstörung der Wurzeln der Polypen sehr scheuen und hat mir in diesen Fällen meine Zange gute Dienste geleistet.

Heutzutage kann man durch vorherige Application einer Cocainsalbe oder -Lösung fast schmerzlos operiren. Eine Zeit lang hatte die Ansicht die Oberhand, dass alle Polypen mit der galvanokaustischen Schlinge zu entfernen seien. Die Vortheile waren aber so geringe gegenüber den Nachtheilen, wie Umständlichkeit, Schmerzhaftigkeit, dass man wieder davon zurückkam. Nur recht grosse Polypen, welche eine starke Blutung fürchten lassen, trage ich auch jetzt noch gleich mit der galvanokaustischen Schlinge ab. Die Schlinge wird unter Beleuchtung des Polypen über denselben möglichst nahe zur Wurzel geschoben, zusammengeschnürt und dann mit einem mehr oder minder starken Zuge der Polyp entfernt. Je feinere Drähte man nimmt, um so weniger stark braucht der Zug zu sein, weil dann der Draht den Polypen durchschneidet. Sind viele Polypen vorhanden, dann sind natürlich verschiedene Sitzungen nöthig, um sie zu entfernen und thut man gut, immer 8—14 Tage zwischen den einzelnen Sitzungen verstreichen zu lassen, um die durch die

Instrumente in Benutzung, die sich mir auf's Beste bewährt haben. Für die meisten Polypenoperationen ist also der Instrumentenbedarf ein sehr geringer. Dass man bei mancher Polypenoperation des Voltolini'schen Gaumenhakens, des Zaufal'schen, besser noch des mehr ovalen Lange'schen Hartgummitrichters, passender Bellocqu'scher Röhren (die in den Handel kommenden sind meistens viel zu dick) etc. nicht entbehren kann, ist selbstverständlich, und muss der, welcher viel operirt, über ein grösseres Instrumentarium verfügen*).

Fremdkörper in der Nase.

Sogenannte Rhinoliten entfernte ich 2 Mal. Der eine bei einer erwachsenen Frau war 2 Jahre lang für eine Necrose eines Nasenknochens gehalten worden. Der andere hatte bei einem 10jährigen Kinde 4 Jahre lang einen stinkend-eitrigen Ausfluss aus der Nase unterhalten. Der erste war mehr rund, der zweite hatte die Form eines Zwetschenkernes. Beide lagen im unteren Nasengange. Nach Zertrümmerung der Hülsen entpuppten sich beide als Kirschkerne.

Ausser einer Reihe frischer Bohnenkerne, Erbsen, eines Maiskornes, Pfefferkornes, entfernte ich folgende Gegenstände: einen ziemlich grossen eckigen Stein bei einem kleinen Kinde; einen Schuhknopf, Glasperlen; einen Zwetschenkern; den Arm einer kleinen Porzellanpuppe; die Quaste eines Kinderwagens; ein Stück Badeschwamm.

Die Patienten waren alle Kinder, welche sich beim Spielen obige Gegenstände in die Nase gesteckt hatten, wo dieselben kürzere oder längere Zeit verweilt und intensive eitrige Rhinitis veranlasst hatten.

Einmal entfernte ich mit der Schlinge bei einem 30jährigen Manne einen aus dem Boden der Nasenhöhle hervorgewachsenen Zahn. Derselbe war so beweglich, dass er sich zeitweise platt in den unteren Nasengang hineinlegte, zeitweise gerade in die Höhe stand.

Bei vielen obiger Patienten waren vergebliche Extractionsversuche mit Zangen, Pincetten, Haarnadeln etc. gemacht. Ich selbst bediene mich immer mit bestem, augenblicklichem Erfolge meiner früher beschriebenen, neusilbernen Löffelsonde und möchte

*) Instrumentenmacher Beuerle in Tübingen liefert die angeführten Instrumente vorzüglich gearbeitet.

ich den Gebrauch derselben allen Collegen dringend empfehlen. Man geht mit derselben gleich in den mittleren Nasengang hinauf, da die meisten Fremdkörper im unteren Nasengang sich einkeilen, führt dieselbe über die Choanen hinaus nach hinten. Dann senkt man das vordere Ende, durch Heben der Hand vor der Nase, auf den Boden der Nasenhöhle und schiebt unter langsamem Zurückgehen in dieser Stellung den Fremdkörper heraus. Erleichtert wird die Manipulation durch gleichzeitige Anwendung der Rhinoscopia anterior.

Lupus der Nase.

Nachdem verschiedene Autoren im Lupusknoten den Bacillus Kochii nachgewiesen, ist die Frage nach der Heredität eine wohlberechtigte. Von meinen 12 Patienten war über die Hälfte insofern hereditär belastet, als eines der Eltern oder Geschwister an Tuberkulose verstorben war. Dass die Betreffenden immer entweder früher oder noch zur Zeit der Behandlung das Bild einer ausgeprägten Scrophulose darboten, brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Dagegen habe ich selten das so oft gerühmte, blühende Aussehen Lupöserkrankter notiren können. Meine Patienten waren meist schlecht genährt, anämisch. Deshalb richtete ich auch mein Hauptaugenmerk bei der Behandlung auf Hebung der Ernährung, Aenderung der Lebensweise. Bei der Mehrzahl der Patienten war die Lupuserkrankung auf die Nasenspitze und die Naseneingänge beschränkt, bei 4 Fällen auf die Gesichtshaut übergegangen. Bei 2 Fällen waren Defecte an Nasenknorpeln zu sehen. Ausser der antiscrophulösen Behandlung mit Jodeisen, Leberthran, Arsen, Soolbädern bestand meine Therapie in energischer Anwendung der Galvanokaustik mit dem Spitz- und Flachbrenner. In der Zeit zwischen den einzelnen Operationen liess ich die Borken und Schorfe mit Unguent. hydrarg. oxydat. rubr. und Ung. Ceruss. $\overline{aa}$ auf- und durch Chamillentheeumschläge abweichen. Bei manchen Patienten leisteten Pinselungen mit Jodtinctur gute Dienste; die Narben wurden dadurch glatter. Neun Fälle konnte ich geheilt, 3 als gebessert entlassen. Die Patienten haben leider vielfach nicht die Geduld und Ausdauer für eine über mehrere Jahre sich erstreckende Behandlung.

Mund-Rachenhöhle.

Missbildungen und Anomalien.

Naevus.

Ein 9 Jahre altes Mädchen wurde mir wegen Heiserkeit zugeführt. Dasselbe hatte einen Naevus des Gesichtes von scharlachrother Farbe, über das Niveau der umgebenden Cutis nicht hervorragend; derselbe erstreckte sich über die ganze rechte untere Wangenhälfte und rechte Halsseite, vom Ohre haarscharf bis zur Mitte der Unterlippe. Die Schleimhaut des harten, weichen Gaumens, Pharynx und Larynx zeigte gleichfalls scharf bis zur Mitte abgegrenzt, rechterseits eine dunkel hochrothe Färbung, welche von der Umgebung sehr abstach. Doch hatte hier die Neubildung noch insofern einen anderen Charakter, als sie weiter nach unten auf den Larynx zu über die Schleimhaut erhaben hervortrat. Diese Verdickung der Schleimhaut durch die Neubildung sprang am deutlichsten an der Epiglottis in die Augen. Die linke Epiglottishälfte war von normaler Dicke und Farbe, die rechte dagegen noch einmal so dick als die linke, dunkelhochroth, wie rother Plüsch aussehend. Haarscharf war die Mitte der Epiglottis abgegrenzt in normale und entartete Schleimhaut. Das rechte wahre Stimmband war wenig injicirt, das falsche dunkelhochroth, verdickt. Die Trachea normal. Das Mädchen hatte 1½ Jahre vorher Diphtherie überstanden und war danach heiser geworden. Es wäre somit nicht ausgeschlossen, dass das Wuchern des Naevus über das Niveau der Schleimhaut erst nach der Diphtherie stattgefunden hat.

Gespaltene Uvula

beobachtete ich 4 Mal bei Männern.

Verwachsung der Uvula mit dem Muscul. pharyngo-palatinus.

Patient, 36 Jahre alt, ein Schwede, kam wegen beständiger Schmerzen beim Schlucken zu mir. Er gab an, öfter an Anginen

gelitten zu haben und seien ihm deshalb beide Tonsillen exstirpirt worden. Bei der Inspection zeigte sich untenstehendes Bild. Die Uvula war mit dem als feste, weissgraue Membran stark contrahirten Musc. pharyngo-palatinus verwachsen. Dadurch war die Rachenhöhle bedeutend verengt, das Schlucken erschwert, die

Fig. 3. Fig. 4.

Verwachsung der Uvula mit dem Muscul. pharyngo-palatinus.

Sprache sehr nasal. Ich führte mit der Scheere zwei Schnitte links und rechts neben der Uvula, die dadurch frei wurde. Die Spannung des Musc. pharyngo-palatinus war gehoben und der Rachenraum wieder normal weit. Das Schlucken war nicht weiter behindert und die Sprache bekam einen normalen Klang.

Varicen der Zunge.

Eine 36jährige Dame wurde mir wegen einer angeblichen Lungenblutung, verbunden mit heftigen Schlingbeschwerden, von einem Collegen zugesandt. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigten sich die Venae dorsales linguae bis zu Rabenfederkieldicke erweitert und konnte an der linken Zungenwurzelseite ein Ulcus nachgewiesen werden, welches in dem Platzen des erweiterten Ramus communicans der Vena laryngea superior sinistra seine Ursache hatte.

Ich liess Tanninglycerin (30 : 100 Glycerin) 1 Theelöffel auf 100—200,0 Wasser gurgeln und wurden damit die Beschwerden vollständig gehoben.

1882 beobachtete ich dieselbe Affection bei einem 87jährigen Apotheker, der alles Mögliche gegen die damit verbundenen heftigen

Beschwerden beim Kauen und Schlucken versucht hatte. Die Schmerzen strahlten nach den Ohren hin aus und wurde an ein Carcinom gedacht. Am Zungengrunde rechts und links zogen sich nach den pharyngo-epiglottischen Falten zu brombeerartig aussehende Wülste erweiterter Venen von 3/4 Centimeter Breite und 2 Centimeter Länge. Dieselben waren bei Berührung schmerzhaft.

Obige Tanninglyceringurgelungen leisteten dem alten Herrn die besten Dienste. 1884 war eine Verschlimmerung eingetreten, weil Patient das Gurgeln vernachlässigt hatte.

Auch dieses Mal schwanden bald wieder die Beschwerden.

Ranula.

Während man früher über den Ort des Entstehens dieser Geschwulst verschiedener Ansicht war, ist jetzt durch die sorgfältigen Untersuchungen v. Recklinghausen's und Sonnenburg's festgestellt, dass die Ranula sich aus der Blandin-Nuhn'schen Zungendrüse entwickelt, welche vorn in der Spitze der Zunge liegt. Ich habe dieselbe bei 3 weiblichen Individuen 1 Mal doppelseitig, 2 Mal einseitig beobachtet.

Mädchen B., 18 Jahre alt, hatte seit einigen Jahren eine blasenförmige Geschwulst unter der rechten Seite der Zunge bemerkt, welche allmählich zwischen Zunge und Unterkiefer sich hervordrängte. Diese Geschwulst war einige Male punktirt und incidirt worden. Der Erfolg dieser Operationen war immer nur von kurzer Dauer gewesen. Im Gegentheil wuchs im letzten Jahre auf der linken Seite der Zunge vom Boden der Mundhöhle eine ebensolche Geschwulst hervor, die zugleich mit der rechtseitigen sich so vergrösserte, dass das Sprechen und Kauen bedeutend behindert war.

Die Untersuchung ergab eine auf beiden Seiten der Zunge kleinhalbhühnereigrosse, hervorragende, über den ganzen Boden der Mundhöhle sich erstreckende, grauweisse, blasige Geschwulst; dieselbe fühlte sich elastisch fluctuirend an, gab auf Druck nach, ohne sich verkleinern zu lassen, war schmerzlos. Das Frenulum linguae war durch die Geschwulst bedeutend gedehnt.

Ich machte in die rechte Seite der Ranula eine 5 Centimeter lange Incision und legte 3 Matratzennähte ober- und unterhalb des Schnittes an, wodurch die Ränder der durchschnittenen Geschwulst-

wand ½ Centimeter nach innen umgeschlagen wurden, sodass eine schnelle Verwachsung unmöglich wurde.

Bei der Incision hatte sich eine ziemliche Menge zäher, glasig heller Flüssigkeit entleert. Mit der Sonde konnte man ungehindert unter der Zunge durch bis zum Frenulum und zur gegenüberliegenden Seite der Mundhöhle gelangen. Die Blutung war gering gewesen. Die Mundhöhle spülte ich mit 5 %iger Carbollösung aus und legte einen an einem Seidenfaden befestigten Salicylwattetampon ein, den ich öfters erneuern liess.

Nach einigen Wochen sah ich Patientin wieder. Die Höhle hatte sich vollständig geschlossen, die Incisionsnarbe bildete eine ziemlich tiefe Rinne.

Patientin blieb geheilt.

Bei dem zweiten Falle, der ein 15jähriges Mädchen betraf, zog ich die am Boden der linken Mundhöhle hervortretende Ranula mit einer Museux'schen Zange hervor und brannte diesen Theil mit der galvanokaustischen Schlinge ab. Dann cauterisirte ich noch oberflächlich die Innenseite des Ranulabalges und erzielte so eine vollständige Heilung.

Die dritte Ranula war kurz, ehe ich sie sah, von einem Collegen gespalten und die Wundränder nach Entleerung der Geschwulst gleich wieder einfach vernäht worden. Die Geschwulst sass an der linken Zungenseite und war über taubeneigross. Ich entfernte wie im vorigen Falle den zugänglichen Theil mit der galvanokaustischen Schlinge. Dann aber spaltete ich die noch tiefer liegende, weit nach hinten sich erstreckende Ranula weiter mit dem galvanokaustischen Messer. Unvorsichtigerweise hatte ich einen kleinen Theil der Ranula vorn an der Zungenspitze unter dem Frenulum übersehen, der sich im Laufe der Heilung des operirten Theiles sehr rasch vergrösserte und nach der rechten Seite der Mundhöhle zu sich entwickelte.

Ich spaltete diesen Rest sammt dem Frenulum linguae mit dem galvanokaustischen Messer. Um die Ausheilung der ganzen Höhle zu veranlassen, legte ich Jodoformgaze-Tampons ein.

Störend trat hier anfangs eine Verhaltung des Secretes in der linken Submaxillardrüse ein; der Wharton'sche Gang war in den Erkrankungsprocess hineingezogen gewesen und bei der Operation mit durchtrennt worden. Die sich bildende Narbe verschloss nun den Ausführungsgang der Submaxillardrüse. Regelmässig vorgenom-

mene Sondirungen mit nachfolgender Entleerung der Submaxillardrüse durch aussen angewandten Druck erhielten schliesslich einen Ausführungsgang offen und konnte Patientin geheilt entlassen werden.

Neubildungen auf der Zunge.

1877 kam ein 11jähriger Knabe mit einer papillomartigen, kleinhaselnussgrossen Geschwulst des linken Zungenwurzelgrundes zu mir. Im rechten Gaumensegel war neben der Uvula eine Perforation. In der Incisura interarytaenoidea waren zottige Wucherungen vorhanden, die Epiglottis stark infiltrirt, das linke wahre Stimmband durch Ulcera vollkommen zerstört.

Die Cervicaldrüsen sehr geschwellt. Nach der Anamnese, dem ganzen Aussehen der erkrankten Schleimhautparthien, der ausgesprochenen Lungenerkrankung musste ich eine tuberculöse Affection annehmen. Die Geschwulst behinderte den Patienten beim Schlucken und nahm ich sie deshalb mit der galvanokaustischen Schlinge weg. Ausserdem wurde Jodeisen und Leberthran verabreicht. Ich sah den Patienten nur 2 Monate lang. 1 Jahr später hörte ich, dass er gestorben sei.

Bei einer zweiten Patientin von 28 Jahren hatte sich plötzlich eine Papille der Zungenspitze bis zu Haselnussgrösse entwickelt, die sehr schmerzhaft war. Ich entfernte die Geschwulst mit dem galvanokaustischen Messer und ist Patientin seitdem (1877) gesund geblieben.

1878 kam eine 18jährige Dame zu mir, welche über Schmerzen beim Essen klagte. Auf der Mitte der Zunge fand sich eine gestielte blassrothe, knorpelhart sich anfühlende Geschwulst von Bohnengrösse. Ich entfernte dieselbe mit der galvanokaustischen Schlinge und erwies sie sich als ein echtes Enchondrom.

1882 consultirte mich ein 42jähriger Bauer wegen heftiger Schmerzen, welche, am rechten Zungenrande beginnend, nach den Ohren hinausstrahlten.

Der rechte Zungenrand war verdickt. Auf der Mitte der Zunge sass eine erbsengrosse, rothe Geschwulst, welche Patient seit 10 Jahren beobachtet haben will. Ich entfernte die Geschwulst mit der galvanokaustischen Schlinge. Sie erwies sich als ein Fibrom.

Die Schmerzen verschwanden mit der Entfernung der Geschwulst.

Concremente in der Zunge.

Ausser der von mir öfter beobachteten Pharynxmycosis leptothric. Hering's am Zungengrunde, hatte ich 4 Mal Gelegenheit wirkliche Zungensteine zu entfernen. Die Patienten klagten über zeitweise sehr heftig auftretende Schmerzen beim Schlucken. Die Steine sassen in den vergrösserten Papille circumvallat. Ich entfernte dieselben mit meiner Löffelsonde und liess öfter erwähnte Tanninglyceringurgelungen vornehmen, wodurch ein Recidiv verhindert wurde.

Retentionscyste der Glandula submaxillaris sinistra.

Frau H., 36 Jahre alt, beobachtete nach einer starken Erkältung eine langsam grösser und schmerzhaft werdende Geschwulst am linken Unterkieferwinkel.

Als Patientin zu mir kam, war in dieser Gegend eine über hühnereigrosse Geschwulst zu sehen, die sich sehr hart anfühlte und über welche die Haut dunkelroth glänzend, straff gespannt war. Die Geschwulst liess sich, wenn man sie vom Munde her und von aussen umgriff, etwas in die Höhe heben. Jede Berührung war äusserst schmerzhaft. Fluctuation war nicht zu fühlen. Mit der feinsten Haarsonde gelang es mir nicht, den Ductus Whartonianus zu passiren.

Ich diagnosticirte eine Entzündung der Glandula submaxillaris. Ich verordnete trockene, warme Umschläge. Nach 2 Tagen, am 1. September, glaubte ich vom Munde aus eine fluctuirende Stelle zu fühlen und machte dort eine Incision. Das Messer stiess bald auf harte Massen, so dass ich nicht in die Tiefe dringen konnte. Mit der eingeführten Sonde kam ich zwischen diesen Massen, welche sich wie mittelharte Mandelsteine anfühlten, tiefer und entleerte sich nun eine sehr übelriechende, grauweisse Flüssigkeit. Am 2. September machte ich mit der Pravaz'schen Spritze zwei Injectionen von 5%iger Carbollösung und liess nun zu feuchtwarmen Umschlägen übergehen. Am 3. September zwei Injectionen. Am 4. September eine Injection. Geschwulst gleich gross und hart. Am 6. September eine Injection. Die Berührung der Geschwulst wurde schon in den letzten Tagen weniger schmerzhaft, ist heute schmerzlos.

Ich lasse die Incisionswunde zuheilen und am 11. September mit Einreibungen der Drüse mit einer Jodkalisalbe beginnen.

Am 18. September: Die Drüse wird kleiner. Die Mündung des linken Ductus Whartonianus erscheint geröthet und bei starkem Druck auf die Drüse spritzt fontainenartig dünnflüssiger Eiter mit Drüsensecret vermischt heraus und fällt dadurch die Geschwulst merklich zusammen. Innen vom Munde her sind in der Drüse steinige Concremente zu fühlen, namentlich deutlich am inneren Unterkieferrande ein solches von Bohnengrösse.

Ich liess nun die Geschwulst von der Patientin selbst täglich ausdrücken mit den Jodkalisalbe-Einreibungen fortfahren. Die ganze Erkrankung war bis Ende September ziemlich abgelaufen, d. h. die Drüse fast auf ihr normales Volumen zurückgegangen.

Bei Erkältungen füllte sich die Drüsencyste etwas an; die Patientin konnte jedoch das angesammelte Secret selbst ausdrücken.

1883, ein Jahr später, kam Patientin wieder mit den heftigsten Schmerzen in der sehr entzündeten Drüse zu mir. Ich machte nun am Boden der Mundhöhle eine grössere Incision und entfernte mit meiner Löffelsonde ausser kleineren Mandelsteinen auch einen von Bohnengrösse und leitete die Behandlung wie im vorhergehenden Jahre. Seitdem sammelt sich wohl ab und zu noch Secret in der Drüsencyste an, die Erkrankung verläuft aber jedes Mal schmerzlos und kann Patientin die Drüse immer selbst ausdrücken.

Eine Reihe solcher Fälle ist von Ipschea in der Berliner klinischen Wochenschrift No. 36, 1879, zusammengestellt.

Pharyngitis phlegmonosa.

Ich will hier nur diejenigen Fälle aufführen, bei welchen es unter mehr oder weniger heftigen Allgemein- und Localerscheinungen zur Abscessbildung kam, die mich zu einem operativen Einschreiten veranlassten.

Die 60 Fälle vertheilen sich auf 38 Männer und 22 Frauen. Die Patienten klagten meist, dass sie unter heftigen Fiebererscheinungen plötzlich heftige Schluckbeschwerden, starke Speichelabsonderung bekommen hätten.

In der Mehrzahl der Fälle war das Gaumensegel und das Gewebe zwischen Tonsille und weichem Gaumen befallen (Periton-

sillitis), seltener die Tonsillen selbst. Die Schwellung des Gaumensegels ist in den ersteren Fällen eine sehr bedeutende, dabei die Uvula ödematös infiltrirt und bis zu Fingerhutdicke vergrössert.

Bei der Peritonsillitis ist anfangs die Schwellung viel weniger hervortretend. Eine leicht ödematöse, teigig sich anfühlende Schwellung von etwas dunklerem Roth als die übrige Schleimhaut bezeichnet hier den Sitz der Eiterbildung. Wichtig ist zu wissen, dass in den meisten Fällen bereits nach 24 Stunden Eiterbildung eingetreten ist und dass man alle Erscheinungen um so schneller beseitigt, je früher man incidirt. Um diese Zeit ist es jedoch unmöglich, durch Sondirung oder Palpation den Eiter nachzuweisen.

Man darf sich nicht abschrecken lassen vor verschiedenen Incisionen; denn anfangs ist häufig der Eiter noch in einzelnen kleineren Abscessen vertheilt, von denen oft jeder eine Incision verlangt. Und träfe man auch nicht auf den Eiterherd, so verschaffen die Incisionen durch Entspannung der infiltrirten Theile durch die Blutung dem Kranken grosse Erleichterung.

Weiter muss man mit den Incisionen von unten nach oben vorgehen, weil hier der Drüsenring liegt, in dem sich die Abscesse entwickeln.

Ist der Abscess bereits grösser, so thut man gut, den Schnitt im Zickzack zu führen, weil ausserdem sehr schnell eine Verklebung der Schnittflächen und damit gehinderter Eiterabfluss entsteht und man gezwungen ist, am nächsten Tage die Incision zu wiederholen.

Einige Male war durch collaterales Oedem, das sich auf die tieferen Halstheile, die Glottis, fortsetzte, Erstickungsgefahr für die Patienten eingetreten, welche heiser, kurzathmig wurden.

Hier war die Eröffnung des Abscesses eine schwierige. Die Zahnreihen liessen sich nur soweit öffnen, um einen Spatel einzuführen, mit dem man die gleichfalls infiltrirte Zunge niederdrücken und zugleich mit ihm den Abscess sondiren musste. Ohne Spatel ging ich dann quer mit dem Messer in die Mundhöhle ein und spaltete nach Drehung des Messers innen mit langen Incisionen den Abscess. Der Eiter spritzte dabei förmlich über das Messer durch die Zahnreihe hindurch mir über die Hand.

Stinkend jauchiger Eiter wird bereits nach 2—3 Tagen entleert,

und wundert es mich, dass bei dieser Form der Erkrankung nicht häufiger Septicämie beobachtet wird.

Von der Abortivbehandlung mit Eis habe ich eigentlich nie einen Erfolg gesehen; meine Patienten waren vorher fast immer damit von anderen Collegen tractirt worden. Am angenehmsten sind den Kranken Priessnitz'sche Umschläge, Gurgelungen mit lauwarmem Chamillenthee, dem ich auf 200 Gramm einen Theelöffel von 6%igem Borglycerin zusetzen lasse.

Innerlich gebe ich Chinin und sorge für reichliche Stuhlentleerungen. Oefter entwickelt sich eine förmliche Abscesshöhle, die 8—14 Tage lang dünnflüssigen, übelriechenden Eiter absondert. In diesen Fällen haben mir Injectionen von 5%iger Carbollösung in die Höhle mittelst einer Pravaz'schen Spritze mit langer Canüle gute Dienste geleistet. Einige Male habe ich bei Abscessbildung in den Tonsillen diese mit dem Fahnenstock'schen Tonsillotom entfernt und dadurch eine sehr rasche Heilung erzielt. Auffallend ist, dass dieselben Patienten bei jeder Erkältung immer wieder zur Abcessbildung im Pharynx neigen.

Mandelsteine.

Nach häufigen Anfällen von Angina follicularis bleiben vielfach an die Oberfläche mündende oder tiefer liegende geschlossene Ausbuchtungen und Höhlen zurück, in welchen sich die Secrete ansammeln und zu krümeligen Massen eindicken. Diese Mandelpfröpfe, welche äusserst übelriechende Massen darstellen, verwandeln sich durch Kalkniederschläge in Mandelsteine, welche ein Gefühl beständigen Druckes, Stechens beim Sprechen und Schlucken verursachen, in manchen Fällen die Stimmbildung durch Druck auf die Nerven beeinträchtigen. Häufig veranlassen sie eine bedeutende Hyperästhesie des Pharynx.

Unter 33 Fällen grösserer Mandelsteine beobachtete ich einen solchen von Muscatnussgrösse. Kleinere kann man mit der Löffelsonde, grössere durch Incisionen entfernen. Um eine Wiederansammlung des Secretes zu verhüten, muss man tiefer liegende Höhlen durch Abtragung der Mandel zu offenen machen, enge Kanäle energisch mit dem Galvanokauter ätzen, um so eine Verödung derselben zu Stande zu bringen. Oft spotten diese Höhlen und Gänge lange

jeder Behandlung und heisst es da, sich in Geduld üben. Bei der Exstirpation der Tonsillen kann durch einen grösseren, verborgenen Mandelstein leicht das Tonsillotom abbrechen.

Meine Patienten konnten schliesslich alle geheilt entlassen werden.

Exstirpation der hypertrophischen Gaumenmandel.

Dieselbe nahm ich 170 Mal vor, fast immer wegen Hypertrophie derselben allein oder einige Mal wegen immer wiederkehrender sehr schmerzhafter Entzündungen des vergrösserten Organes, einige Mal wegen der damit verbundenen sehr reichlichen Bildung von Mandelsteinen. Die Hypertrophie der Gaumenmandel halte ich

a) für angeboren;

b) beobachtete ich ein zu rasches Wachsthum der Tonsillen im Verhältniss zur Entwickelung der übrigen drüsigen Organe;

c) wird sie hervorgerufen durch einmalige oder öfter sich wiederholende Entzündungen des Organes.

a) Für angeboren musste ich sie halten bei einem Theile der zwischen dem 1. und 5. Lebensjahre Operirten, von denen der jüngste Fall $^3/_4$ Jahre alt war.

b) Ich beobachtete bei meinem ältesten Töchterchen, wie vom 4. zum 5. Lebensjahre plötzlich die Tonsillen unverhältnissmässig hypertrophisch wurden, ohne dass je eine Entzündung derselben vorhergegangen war.

c) Nach einmaliger Angina follicularis rechterseits blieb die rechte Tonsille bei meinem zweiten Töchterchen so vergrössert, dass dieselbe wegen der dadurch veranlassten Beschwerden, erschwertes Schlucken gröberer Massen, rechtseitiger Rhinitis beseitigt werden musste.

Auf diese drei ätiologischen Punkte werden sich wohl alle Hypertrophien der Tonsillen zurückführen lassen. Dass viele der operirten Kinder an Scrophulose litten, bei anderen aber wieder jegliches Symptom derselben fehlte, möchte ich noch angeführt haben. Die Vergrösserung war oft eine so bedeutende, dass die Uvula fest zwischen die beiden Tonsillen gepresst erschien und kaum ein kleiner Spalt unter derselben zum Athmen und Durchlassen der Speisen übrig blieb.

Tonsillen-Exstirpationen.

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Summa.	Linke.	Rechte.	Beide.	Blutig operirt.	Galvanokaustisch operirt.	Mit adenoid. Vegetationen verbunden beobachtet.	Adenoide Vegetationen operirt.	Asthma.	Husten, Bronchitis.	Hypochondrie.	Erstickungsanfälle.	Kurzathmigkeit, Schlaf gestört.	Herzklopfen.	Essen behindert.	Schwerhörigkeit.
1—5	6	6	12	1	2	9	12	—	4	—	—	1	—	1	2	—	1	—
5—10	22	23	45	9	6	30	44	1	16	12	—	—	—	—	3	1	1	7
10—15	12	22	34	3	6	25	33	1	21	17	1	1	—	—	—	—	—	7
15—20	14	20	34	4	7	23	31	3	10	8	1	—	—	—	1	—	—	3
20—30	16	18	34	5	9	20	30	4	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
30—40	9	1	10	4	4	2	9	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
40—50	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	80	90	170	26	35	109	160	10	51	37	3	3	1	1	6	1	2	18
					170		170											

Was das Alter betrifft, so ergibt vorstehende Tabelle, dass zwischen dem 5. und 30. Lebensjahre die meisten Tonsillen exstirpirt wurden. 51 Mal (30%) beobachtete ich sie vergesellschaftet mit adenoiden Vegetationen, welche 37 Mal (22%) operirt werden mussten, während dieselben sich in 14 Fällen nach der Exstirpation der Tonsillen von selbst zurückbildeten. Beide Momente erklären sich durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Waldeyer's, welcher einen förmlichen Drüsenring im Pharynx und Cavum pharyngo-nasale nachwies.

Von den durch die Hypertrophie hervorgerufenen Erscheinungen möchte ich nur die hervorstechendsten anführen. Die Kinder sprechen, als ob sie Brei im Munde hätten, matt, klanglos, athmen namentlich bei rascherer Bewegung laut hörbar, schnarchen Nachts, schlafen unruhig. Ein Kind hatte ganz gefährliche Erstickungsanfälle durch Zudrücken des Kehldeckels auf den Larynx durch die hypertrophische rechte Tonsille, 2 Kinder konnten nur auf dem Bauche liegend schlafen, einige nur in sitzender Stellung. Bei diesen allen war das Zwergfell ganz bedeutend nach oben in den Thorax gezogen, ganz wie bei Croup. Drei Patienten litten an Bronchitis. Bei vielen

Patienten war der Thorax paralytisch. Bei dem 3/4jährigen Kinde mussten die Tonsillen wegen Inanition beseitigt werden.

Die Kinder essen sehr langsam, namentlich gröbere Massen. Durch die beständig vermehrte Schleimabsonderung und Verschlucken des Schleimes leidet die Ernährung und Verdauung, entwickeln sich Magen-Darmcatarrhe.

Durch obige Momente ist ferner ein blasses Aussehen der Kranken bedingt, dieselben bleiben körperlich zurück und ist es eine grosse Genugthuung für den Arzt, nach der so ungefährlichen und leichten Operation die Patienten förmlich aufblühen zu sehen. Dass meist ein Rachencatarrh durch die Hypertrophie der Tonsillen veranlasst wird, brauche ich kaum zu erwähnen, ebenso, dass solche Patienten häufig an Larynxcatarrhen leiden.

Asthma beobachtete ich 3 Mal und wurden 2 Fälle durch die Operation geheilt, 1 gebessert. Die hypertrophischen Tonsillen bedingten häufig (18 Mal, 10%) durch Hinaufdrängen des Velum molle vor die Tuba Eustachii Schwerhörigkeit. Dieselbe wurde in 17 Fällen durch die Operation beseitigt. Ein Eisenbahnbeamter war durch die Schmerzen der linken hypertrophischen Tonsille hypochondrisch geworden; er wurde durch die Operation vollkommen geheilt, nachdem er vorher vergeblich in einer Heilanstalt wochenlang sich aufgehalten hatte.

Erreichen die Schmerzen selten einen so heftigen, peinigenden Grad wie in dem letzterwähnten Falle, so veranlassten sie doch häufig Patienten, sich wegen derselben der Operation zu unterziehen.

Bei meinem Töchterchen setzte ich durch 1 Jahr den Versuch fort, durch Pinselungen mit Tanninglycerin, Jodkalilösungen die Tonsillen zu verkleinern, jedoch erfolglos. Leichtere Höllensteinlösungen wirken geradezu schädlich; die Hypertrophie nimmt zu statt ab. Wenn ich für meine Person die Operation mit dem Tonsillotome auch für die rationellste halte, so verkleinerte ich doch 9 Mal die Tonsillen mit dem Galvanokauter und entfernte sie 1 Mal mit der galvanokaustischen Schlinge auf speciellen Wunsch des Patienten. Letztere Operation dauerte viel länger als die blutige Tonsillotomie und war sehr schmerzhaft; dazu sassen die Schorfe fast 8 Tage und verzögerte sich die Heilung um mindestens diese Zeit. Ich bediene mich des Fahnenstock'schen Tonsillotoms in drei verschiedenen Grössen. Der Patient wird auf den Stuhl gesetzt, der Kopf

von hinten festgehalten. Der Operateur muss aufpassen, dass er in dem Momente, wo der Patient, durch das über die Mandel geführte Instrument veranlasst, eine Schluckbewegung macht und so die Tonsille in das Instrument mehr oder weniger hineindrängt, die Operation vollendet. Die ganze Operation dauert einen Augenblick.

Die Tonsillen werden auf diese Weise sehr schön und genügend herausgeschält. Ich glaube ebenso wie Schech, dass bei dem Operiren mit dem Messer durch das gewaltsame Hervorziehen der Tonsille viel eher eine Carotisblutung erfolgen kann, als bei der Operation mit irgend einem guten Tonsillotom.

Wo beide Tonsillen zu entfernen sind, thue man dies gleich in einer Sitzung; denn namentlich kleine Kinder verstehen sich schwer zu einer zweiten Operation.

Kaltes Wasser, Eiswasser, event. mit Eisenchlorid vermischt, stillen schnell die Blutung. Mir ist wenigstens nie eine erheblichere Blutung vorgekommen. Die Nachbehandlung besteht bei mir in fleissigem Gurgeln oder Auswischen des Mundes mit einem Theelöffel einer 2%igen Kalihypermangan-Lösung auf 200,0 Wasser, erst öfter, später seltener. Nach 8 Tagen ist meistens der Heilungsprocess vollkommen abgeschlossen. Ein Jahr nach der Operation erkrankte mein Töchterchen an heftiger Nasen-Rachendiphtherie, und war ich froh, die Operation gemacht zu haben; denn hinter die hypertrophischen Tonsillen mit desinficirenden Gurgelwassern zu kommen, ist rein unmöglich.

Uvulotomie.

Ich machte dieselbe nur 5 Mal. Ich bediente mich dabei einer sehr langen Pincette zum Fixiren der Uvula und schnitt dieselbe mit einer Hohlscheere ab. Die Blutung war unbedeutend. Ich habe eine grosse Menge scheinbar zu langer Zäpfchen zu Gesicht bekommen, deren Entfernung gewünscht wurde. Durch chronischen Nasenrachencatarrh tritt häufig, wie schon Luschka bemerkt, eine Lähmung des Musc. azygos uvulae ein und senkt sich in Folge dessen der Zapfen, streicht auf der Zunge, über die Epiglottis und kann sehr unangenehme Reflexe, Husten, Asthma auslösen. Ich halte es für durchaus unzweckmässig, in solchen Fällen die Uvula zu kürzen; das einzig richtige, allerdings länger dauernde Mittel, das Uebel zu heben, besteht in sachgemässer localer Behandlung

des chronischen Nasenrachencatarrhs mit gleichzeitiger Faradisation des Gaumensegels direct oder percutan, wie ich es in meiner Arbeit über Asthma des Näheren beschrieben. Bei einigen meiner Fälle war die Uvula acut ödematös, sehr angeschwollen ohne oder mit weiterer Phlegmone des Gaumensegels. Durch die kleine Operation wurden die Beschwerden rasch und gründlich beseitigt.

Dass die Uvulotomie nicht immer ohne weitere Folgen gemacht wird, konnte ich bei verschiedenen Patienten anderer Collegen constatiren, welche in Folge dieser Operation nicht mehr gurgeln konnten.

Neubildungen am Gaumensegel.

Ziemlich häufig kommen kleine papillomatöse Auswüchse am weichen Gaumen zur Beobachtung. Dieselben sind meist die Ursache eines beständigen Reizzustandes, welcher manche Kranke ungemein belästigt. Ich beobachtete dieselben 15 Mal bei Männern, 4 Mal bei Frauen. Dieselben wurden mit Pincette und Scheere entfernt. Sie erreichten oft die Grösse einer Erbse, waren kürzer oder länger gestielt, sassen nie breitbasig auf.

Einmal entfernte ich aus der linken Seite des Gaumensegels ein bohnengrosses Adenom bei einem 28jährigen Manne. Ich machte zuerst einen Längsschnitt und konnte mit dem Messerstiele die Geschwulst dann glatt ausschälen. Der Mann hatte kurz vorher eine heftige Angina follicularis überstanden.

Medullarsarkom, vom Gaumensegel ausgehend.

Eine 76jährige Frau kam im vorigen Jahre mit einem Blumenkohlgewächs zu mir, welches beide Tonsillen, den ganzen weichen und harten Gaumen bis zu den vorderen Zahnreihen einnahm.

Vor 1 Jahre erst will Patientin eine kleine Geschwulst auf dem rechten Gaumensegel bemerkt haben. Dieselbe sei rapide gewachsen, so dass sie jetzt nicht mehr schlucken könne.

Ich wählte absichtlich obigen Ausdruck, weil die Oberfläche der Geschwulst täuschend ähnlich der eines Blumenkohlkopfes sah. Sass nach hinten zu die Neubildung in grösseren, mässig harten Knollen auf, so war sie nach vorn zu ganz flach.

Da bei dem hohen Alter der Patientin an eine Radicaloperation nicht zu denken war, welche sie auch perhorrescirte, so trug ich

auf Drängen der Patientin, ihr doch Erleichterung zu verschaffen, in verschiedenen Sitzungen alles irgend Erreichbare mit der galvanokaustischen Schlinge, dem galvanokaustischen Messer ab, so dass nach 1/4 Jahr die Mund-Rachenhöhle ziemlich gut und glatt aussah. Gleich nach den ersten Operationen hatte Patientin wieder gut schlucken können.

Hintere Rachenwand, Mitte des Zungengrundes, Kehlkopf waren frei geblieben.

Innerlich gab ich Leberthran, Arsen und liess desinficirende Gurgelungen vornehmen. Als ich in diesem Frühjahre Patientin wieder sah, waren theilweise Recidive eingetreten, die aber im raschen Zerfall begriffen waren. Im rechten Gaumensegel war ein grosses Loch zu sehen, die Sprache dadurch undeutlich. Doch war Patientin mit ihrem Zustande zufrieden, da sie wenigstens essen und trinken konnte und habe ich sie im Juli 1885 noch wiedergesehen.

Pharyngitis granulosa

galvanokaustisch operirt.

Nach Saalfeld's und Roth's Untersuchungen stellen die Granula eine circumscripte Wucherung des lymphatischen Gewebes in der Umgebung des Ausführungsganges einer Schleimdrüse dar. Diese Granula erscheinen:

1. entweder vereinzelt auf der Schleimhaut des Rachens, meist als linsen- bis erbsengrosse, blassrothe oder intensiv rothe Erhabenheiten oder

2. in sehr grosser Zahl, so dass es aussieht, als ob man eine Hand voll Linsen oder Erbsen in den Rachen geworfen hätte und diese nun festhafteten oder

3. zu dicken rothen Wülsten und Strängen vereint an den Seitenwänden des Rachens herablaufend. Letztere Form ist als Pharyngitis granulosa lateralis von Michel, M. Schmidt, Hering u. A. beschrieben worden.

Bei Kindern findet man die Pharyngitis granulosa häufig im Gefolge von adenoiden Vegetationen, Hypertrophie der Tonsillen. Unter den Erwachsenen sind entweder sehr vollsäftige, oder sehr anämische, körperlich heruntergekommene Individuen damit behaftet.

Chlorotische Mädchen, anämische Frauen stellen mit das grösste Contingent.

Als besondere Reize, welche zur Entstehung beitragen, sind bei Männern viel Sprechen, Singen, Rauchen, Trinken von Spirituosen zu bezeichnen. Ferner findet sich die Pharyngitis granulosa häufig bei Individuen mit habitueller Stuhlverstopfung, Hämorrhoidalleidenden und solchen, welche früher an Syphilis erkrankt waren. Wie verschiedenartig die Erscheinungen der Pharyngitis granulosa sind, welche theilweise als Reflexneurosen aufzufassen sind, ist aus der folgenden Tabelle zu ersehen.

Pharyngitis granulosa galvanokaustisch operirt.

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Summa.	Pharyngitis sicca.	Spontane Blutmengen aus cavernösen Gefässen.	Schwäche der Stimme.	Brustschmerzen.	Rücken-, Schulterschmerzen.	Husten.	Asthma.	Perverse Empfindungen in d. Zunge.	Erschwertes Sprechen.	Hypochondrie.
1—10	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10—20	28	26	54	—	—	2	1	1	1	—	—	1	—
20—30	66	40	106	3	—	4	3	1	2	—	—	—	1
30—40	60	36	96	4	1	4	2	2	2	—	1	—	1
40—50	18	9	27	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—
50—60	5	2	7	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—
60—70	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
	182	113	295	8	1	12	8	7	5	1	1	1	2

Im Allgemeinen klagen die Patienten meist über starke Verschleimung, das Gefühl des Vorhandenseins eines Fremdkörpers beim Schlucken, über den unwillkürlichen Zwang häufig leerzuschlucken. Manche Patienten glauben förmlich über einen Berg wegzuschlucken. Andere klagen über unangenehme Trockenheit, Hitzegefühl im Rachen, wodurch sie namentlich Abends und Morgens sich belästigt fühlen, über Würgen, das sich oft bis zum Erbrechen steigert. Bei letzteren Patienten findet sich ausser der Pharyngitis granulosa noch das Bild der Pharyngitis sicca; die Schleimhaut ist trocken, glänzend, oft mit einer äusserst fest haftenden, zähen Schleimkruste bedeckt. In meiner Tabelle finden sich 8 solche Fälle, welche mit sehr günstigem Erfolge galvanokaustisch behandelt wurden.

Die namentlich durch die Pharyngitis granulosa lateralis bedingte Schwäche der Stimme glaube ich entsteht mechanisch durch den Druck der hypertrophischen Schleimhaut auf den Nerv. vagus resp. recurrens.

Wie bedeutend diese Stimmstörungen werden können, möchte ich durch eine Krankengeschichte darlegen: Bassist W. merkte schon seit längerer Zeit ein Schwanken in seiner Stimme, er konnte über sie nicht mehr in gewohnter Weise verfügen, namentlich versagten ihm die höheren Töne. Er kam von Wiesbaden hierher; bald konnte er gar nicht mehr singen und musste sein hiesiges Engagement aufgeben.

Trostlos kam er vor Weihnachten 1882 zu mir. Ausser einer hauptsächlich rechts sich zeigenden Pharyngitis granulosa lateralis konnte ich nur eine leichte Parese des rechten wahren Stimmbandes entdecken, welche allein für sich die Heiserkeit und Stimmschwäche nicht bedingen konnte.

Ich erklärte dem Patienten diese Verhältnisse und versprach ihn zu operiren, ohne jedoch irgend welche Garantie übernehmen zu können.

Da Patient sich bereits zur Ergreifung eines anderen Berufes entschlossen hatte, so griff er auch nach dem Strohhalm von Hoffnung und liess sich galvanokaustisch operiren.

Der Erfolg war ein glänzender; denn fast unmittelbar nach der Operation konnte Patient wieder singen. Ich faradisirte den Larynx percutan, leitete eine sorgfältige Nachbehandlung mit Stimmübungen ein und hatte die Freude, Patienten nach einer nur ¼jährigen Behandlung vollständig geheilt zu entlassen. Im Frühjahre noch wurde er für den Herbst nach Dessau als Hofopernsänger engagirt und schickt mir der Patient noch ab und zu die brillanten Recensionen. Ausser ihm heilte ich noch zwei bedeutende Sänger und einen Schauspieler auf dieselbe Weise.

Rücken-, Brust- und Schulterschmerzen behandelte und heilte ich 15 Fälle, alle bei chlorotischen Mädchen. Wenn ich auch zugleich mit der localen Behandlung eine energische Allgemeinbehandlung einleitete, so möchte ich doch die galvanokaustische Zerstörung der Pharyngitis granulosa als die Ursache der Heilung betrachten. Diese Schmerzen, sowie der Husten, Asthma etc. entstehen wohl auf reflectorischem Wege. Die 2 Fälle von

Hypochondrie wurden gleichfalls geheilt; sie betrafen zwei junge Männer der gebildeten Classe.

Zur Radicalbeseitigung der Pharyngitis granulosa höheren Grades ist eigentlich nur die von Michel in die Praxis eingeführte galvanokaustische Zerstörung der Granula geeignet.

Wenn ich auch für leichtere Fälle der von Hering befürworteten Aetzung mit an eine Sonde oder Glasstab angeschmolzenen Chromsäure ihren Werth nicht absprechen will und diese Methode selbst in zahlreichen Fällen mit günstigem Erfolge anwandte, so genügt dieselbe doch nicht für die schweren Fälle, namentlich nicht für die Pharyngitis granulosa lateralis. Durch vorherige Pinselung des Rachens mit 5—10 %iger Cocain-Vaseline wird derselbe jetzt unempfindlich gemacht und dann entweder die einzelnen Granula mit Schech's spitzem Galvanokauter energisch geätzt, resp. in der Mitte förmlich durchbohrt, oder es werden die lateralen Stränge mit dem galvanokaustischen Messer in der Mitte schnittförmig zerstört.

Je nach der Zahl und Grösse der Granula, der Empfindlichkeit des Patienten ist die Operation in mehreren Sitzungen zu vollenden.

Gleich nach der Operation lasse ich mit Eiswasser gurgeln oder Fruchteis essen, die erste Nacht einen Priessnitz um den Hals machen und bleiben danach meist die sonst oft heftigen Nackenschmerzen ganz weg, oder werden auf ein geringes Maass zurückgeführt.

Einmal beobachtete ich am Tage nach der Operation ein den ganzen Nacken einnehmendes Erythem. Vom zweiten Tage an lasse ich mit lauwarmem Wasser gurgeln, dem auf 100—200,0 1 Theelöffel einer 5 %igen Borglycerinlösung zugesetzt wird.

Die Abstossung der Schorfe erfolgt oft sehr langsam nach 8—14 Tagen, resp. bilden sich immer wieder neue Schorfe und verzögert sich die Heilung nach einer gründlichen Operation oft wochenlang. Allein gerade in dieser intensiven Wirkung, resp. öfteren Abschorfung liegt der Werth der galvanokaustischen Methode.

Zur Nachbehandlung gehören Pinselungen der Rachenwand mit verschieden starken Mandel'schen Jodglycerinlösungen und Gurgelungen, für die ich das Borglycerin bevorzuge.

Dass Recidive nicht ausgeschlossen sind, ist bei der Natur der Erkrankung selbstverständlich und wird die Geduld des Patienten und Arztes oft sehr in Anspruch genommen. Ich konnte jedoch

schliesslich alle meine Patienten geheilt entlassen. Zum Schlusse möchte ich mir die Bemerkung erlauben, dass meine Patienten den verschiedensten Classen der Bevölkerung angehörten. Ich habe gefunden, dass die Wäscherin, das Fischweib, der Arbeitsmann, Bauer ebenso empfindlich gegen die Erscheinungen der Pharyngitis granulosa ist, wie die feine Dame, der Kaufmann und Gelehrte. Es ist deshalb falsch, derartige Kranke nur mit Gurgelungen mit Salzwasser abspeisen zu wollen oder den anderen nach der localen Behandlung nicht den Genuss eines Gebirgs- oder Badeaufenthaltes gönnen zu wollen.

Retropharyngealabscess.

Die bei drei Männern und sechs Frauen beobachteten Fälle vertheilten sich auf das 28. bis 56. Lebensjahr und waren acht idiopathische (Lymphadenitis), einer symptomatisch bei einem Phthisiker. Letzterer war doppelseitig, die übrigen einseitig. Die idiopathischen Fälle waren alle rechtseitig gelegen. Die Beschwerden hatten in 4 Fällen wochenlang bestanden und ganz allmählich einen hohen Grad erreicht, erschwertes Schlucken, Kurzathmigkeit. Bei den anderen Fällen war die Erkrankung erst vor einigen Tagen unter sehr heftigen allgemeinen Erscheinungen erfolgt.

Die Diagnose wurde durch Palpation bei dem Phthisiker mittels Spiegel und Sonde sicher gestellt. Letzteren Abscess eröffnete ich mit v. Bruns gedecktem Kehlkopfmesser und entleerten sich dickkäsige Massen. Bei einem Falle erstreckte sich der Abscess in's Cavum pharyngo-nasale hinauf. Alle wurden durch Incision entleert. Ueble Zufälle habe ich bei der Operation nicht beobachtet, trotzdem aus einigen Abscessen bedeutende Quantitäten Eiters entleert wurden. Man muss nach der Incision nur den Kopf des Patienten schnell nach vorn überneigen lassen. Heilten die Abscesse, welche sich rasch entwickelt hatten, ungemein schnell, so liess dagegen bei den mehr chronischen Fällen die Heilung länger auf sich warten.

Neubildungen der hinteren Rachenwand.

1) Knabe L., 12 Jahre alt, klagt seit langer Zeit über Halsschmerzen. Hinter der rechten Tonsille sitzt in der Pharynxfalte ein haselnussgrosses Adenom, welches mit der Scheere entfernt wurde. Halsschmerzen beseitigt.

2) Herr Lehrer P., 26 Jahre alt. Hinter der Uvula ist an der hinteren Rachenwand eine markstückgrosse, 1/2 Centimeter über die Umgebung hervorragende Geschwulst zu sehen.

Patient klagte über Schluckbeschwerden.

Mit flachem Galvanokauter abgekratzt. Adenom. Heilung.

3) Bauersfrau F., 44 Jahre alt, klagt seit 3/4 Jahren über Behinderung des Schluckens und Heiserkeit. In beiden Pharynxfalten sind hinter den Tonsillen weiss-graue, weiche, elastische Geschwulstmassen zu sehen, rechts 5, links 3 Centimeter lang, 1 Centimeter breit.

Auf der Mitte des Zungengrundes hinter der Epiglottis findet sich eine kleinhaselnussgrosse Geschwulst von der gleichen Beschaffenheit.

An der Innenseite der linken Epiglottis ist eine breitbasige, die ganze linke Hälfte der Epiglottis einnehmende Geschwulst von gleichem Aussehen. Erstere entfernte ich mit der Michael'schen Hohlmeisselzange, welche sich mir dabei sehr bewährte. Die Geschwulst auf der Zunge wurde mit der galvanokaustischen Schlinge, die auf der Epiglottis mit dem galvanokaustischen Flachbrenner entfernt.

Alle Beschwerden waren nach einigen Wochen verschwunden. Die Geschwülste erwiesen sich als reine Adenome. Im Herbste 1884, nach 2 Jahren, kam Patientin mit einem kleinen Recidive in der rechten Pharynxfalte zu mir, das auf galvanokaustischem Wege zerstört wurde. Seitdem ist Patientin gesund geblieben.

Sind vorstehende Neubildungen als gutartige zu bezeichnen, so gehören die nachfolgenden zu den bösartigen:

4) Frau B., 36 Jahre alt. Seit 3 Wochen erschwertes Schlucken mit nach den Ohren ausstrahlenden Schmerzen. Rechter Nasengang undurchgängig. Rechte Seite des Pharynx bis in's Cavum pharyngo-nasale zur rechten Tube wird von einer dunkelrothen, ziemlich elastischen Geschwulstmasse eingenommen.

Da ich verreiste, verwies ich Patientin in ein Krankenhaus, wo sie ohne Operation nach kurzer Zeit starb. Die Neubildung erwies sich als ein Spindelzellen-Sarkom, von der Wirbelsäule ausgehend.

5) Herr S., 42 Jahre alt. Bei diesem Patienten hatte ich ein Jahr vorher ein von der Hinterwand des Rachens ausgehendes Fibrom mit dem Galvanokauter zerstört. Im Frühjahre danach war Patient längere Zeit schwer krank gewesen und kam im Juli

mit einem Recidiv der Geschwulst zu mir, die aber unterdessen einen sarkomatösen Charakter angenommen hatte.

Das Recidiv erstreckte sich weit in den hinteren Nasenrachenraum hinauf und tief bis zur Höhe der Aryfalten hinab. Mit scharfem Löffel, Zange und Galvanokauter entfernte ich die sehr harte Geschwulst so vollständig, dass Patient Ende September von den Schluck- und Athembeschwerden vollständig befreit war.

Im Januar darauf ging Patient an einer Pleuritis zu Grunde.

6) Dienstmädchen M., 48 Jahre alt, kann seit Wochen mit Mühe Flüssiges schlucken. Dunkelrothe, sammtartig aussehende Anschwellung der hinteren Rachenwand in der Höhe der Aryfalten, so dass der Pharynx direct in den Larynx überzugehen scheint. Regurgitiren der Speisen. Introitus oesophagi verengt. Nach 14 Tagen (im Mai) bereits ragt eine reelle Geschwulst in den Larynx hinein. Mit scharfem Löffel hob ich die Geschwulst von der Wirbelsäule ab und entfernte die Parthien mit der Störk'schen Kehlkopfzange. Starke Blutung. Schlingen leichter. Patientin ging dann in ein Krankenhaus, wo sie, nochmals operirt, in kurzer Zeit starb. (Im Juli.) Sarkom.

7) 1883 kam eine 36jährige Bauernmagd wegen Schluckbeschwerden zu mir. Ein Fibrosarkom lag hinter dem rechten Gaumenbogen, die Uvula nach links überragend, so dass nur noch ein 1 Centimeter breiter Spalt für den Durchgang der Speisen frei blieb. Die Geschwulstmasse war 3—4 Centimeter dick, ging scheinbar vom Cavum pharyngo-nasale aus und erstreckte sich bis zum Sinus pyriformis hinab. Auf meinen Rath ging Patientin nach Göttingen, wo Herr Prof. König sie zwar glücklich operirte, wo sie aber auch nach 3—4 Tagen verstarb.

Aus diesen Krankengeschichten ist ersichtlich, dass die Sarkome an der hinteren Rachenwand sich durch ein äusserst rasches Wachsthum auszeichnen und dass man deshalb nicht früh genug zur Operation derselben schreiten kann.

Exstirpation der hypertrophischen Rachenmandel. (Adenoide Vegetationen.)

Unter dem Begriffe adenoide Vegetationen fasst man die Hypertrophie des adenoiden Gewebes zusammen, welches im Cavum pharyngo-nasale die Basis cranii überzieht. Dasselbe kann im Ganzen

oder nur in einzelnen Theilen hypertrophiren und gibt dadurch die verschiedensten Bilder. Es füllt das hypertrophische Gewebe entweder das ganze Cavum pharyngo-nasale vollständig aus oder es bleibt ein grösserer oder geringerer freier Raum, der im Spiegel die unteren Muschelenden in den Choanen noch erblicken lässt oder das adenoide Gewebe hängt zapfenartig und hahnenkammförmig von der Basis cranii herab. Ich will gleich hier bemerken, dass diese letztere Form hier zu Lande ungemein selten gegenüber den anderen vorzukommen scheint. In beiden Fällen können die Choanen, die Tubenmündungen ganz oder theilweise bedeckt und verschlossen sein, wodurch im letzteren Falle häufig Schwerhörigkeit, Otorrhoen bedingt werden. Wilhelm Mayer in Kopenhagen hat zuerst diese Krankheit erkannt und beschrieben. Diese Hypertrophie erscheint mir

a) angeboren,
b) durch chronische Rhinitis und
c) durch chronische Entzündung des adenoiden Gewebes selbst entstanden.

Sehr häufig beobachtete ich diese Erkrankung bei scrophulösen Kindern. Ausserdem scheint das nasskalte Klima des Nordens die Hypertrophie der Rachenmandel zu begünstigen.

Adenoide Vegetationen.

Alter.	Männlich.	Weiblich.	Blutig operirt.	Galvanokaustisch operirt.	Medicamentös behandelt.	Geheilt.	Schwerhörigkeit.	Otorrhoe.	Kopfschmerz.	Asthma.	Bronchitis.	Häufiges Nasenbluten.	Krämpfe (Chorea).	Geistig sehr zurückgeblieben.
1—5	8	1	2	1	6	9	3	—	—	—	—	—	—	—
5—10	56	26	37	17	28	82	40	5	—	1	2	—	—	—
10—15	38	58	43	33	20	96	28	5	1	1	1	2	1	2
15—20	26	33	27	27	5	59	23	1	—	2	—	2	—	—
20—25	6	7	5	7	1	13	—	—	—	1	—	—	—	—
25—30	3	6	3	6	—	9	1	—	1	—	—	—	—	—
Ueb. 30	—	2	2	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—
	137	133	119	91	60	270	96	11	2	5	3	4	1	2
	270		270											

Auch nach meiner Tabelle beobachtete ich sie am häufigsten zwischen dem 5. und 20. Lebensjahre. Unter 270 Fällen war sie 51 Mal, also in 19 %, mit Hypertrophie der Gaumenmandeln verbunden.

Zuerst verliert die Sprache die Resonanz, sie wird klanglos. Weiter können die Kinder nicht durch die Nase athmen, sie schnarchen Nachts, schlafen meist sehr unruhig, haben am Tage beständig den Mund offen. Durch dieses Offenhalten des Mundes bekommt das Gesicht eine oft sehr längliche Form, die Gesichtszüge einen dummerhaften Ausdruck. Durch die erschwerte Respiration bekommen die Kinder meist ein blasses, kränkliches Aussehen, die Entwicklung des Thorax wird behindert.

Häufig bleiben die Kinder aber wirklich auch geistig zurück. Zwei sehr prägnante Fälle habe ich in der Tabelle besonders angeführt: Der eine Knabe sprach oft „verkehrtes Zeug", wie seine Mutter mir versicherte. Der andere Knabe wurde mir vom Lehrer zugeschickt, weil er denselben absolut nicht vorwärts bringen konnte. In beiden Fällen bekam ich nach der Operation die Versicherung der Lehrer zu hören, dass die Knaben durch die Operation plötzlich intelligent geworden seien.

Schwerhörigkeit beobachtete ich in 96 Fällen, 35 %. Einzelne Fälle näherten sich vollkommener Taubheit und war hier natürlich der Erfolg der Operation ein glänzender, überraschender.

In 11 Fällen war Otorrhoe vorhanden, welche nach der Operation fast ohne jede weitere Behandlung sich verlor.

Asthma wurde 5 Mal beobachtet und geheilt.

Der interessanteste Fall war der mit Chorea-Anfällen behaftete Knabe. Ich versprach mir fast mit absoluter Sicherheit einen Erfolg und wurde nicht getäuscht. Allerdings erst nach der dritten Operation, nach sehr gründlicher Ausräumung des Cavum pharyngo-nasale blieben die Krämpfe aus und haben sich seit einem Jahre nicht wieder eingestellt.

Ueber Ohrenschmerzen, Kopfschmerzen, Dumpfheit im Kopfe und dadurch erschwertes Lernen wird häufig geklagt. Weitere Begleiterscheinungen sind aus der Tabelle zu ersehen. Wird dem Arzte ein Kind mit hochgradigen adenoiden Vegetationen vorgestellt, so kann er, falls er die Affection öfter gesehen, schon aus der Entfernung die Diagnose stellen. Das Bild ist ein so charakteristisches, wie nicht leicht bei einer anderen Krankheit.

Zur Sicherstellung der Diagnose gehört entweder die Spiegeluntersuchung und falls diese nicht gut und vollständig gelingt, wie es bei kleineren Kindern leicht der Fall ist, immer die Digitaluntersuchung.

Dass geringere Grade einer Hypertrophie der Rachenmandel durch medicamentöse Behandlung rückgängig gemacht werden können, habe ich 60 Mal gesehen, 22,2 %, und zwar hauptsächlich zwischen dem 1. und 15. Lebensjahre.

Ich rechne zu dieser Behandlung sowohl die locale Behandlung der adenoiden Vegetationen mit Jodkali-Lösungen, die sachgemässe Behandlung der vorhandenen Rhinitis, als auch die Verabreichung von Leberthran, Jodeisen verbunden mit kleinen Gaben von Jodkalium. Hätten sich bei dieser Behandlung die adenoiden Vegetationen nicht in einer Weise verkleinert, dass sie keine Symptome mehr boten, würde ich sie operirt haben, wie es nachträglich bei anderen Fällen öfter geschehen ist. Zu einer Zerstörung der adenoiden Vegetationen mit Causticis habe ich mich nie verstanden, sie dauert viel zu lange, ist unsicherer und schmerzhafter als die Operation. Hatte ich früher mehr mit Voltolini's und meiner eigenen galvanokaustischen Nasenrachencurette operirt (91 Fälle, 34 %), so kam ich später von dieser Methode ab, trotzdem ich die schönsten Resultate damit hatte. Es berichteten verschiedene Operateure über unliebsame Mittelohrentzündungen, die durch dieses Verfahren hervorgerufen waren. Ich selbst hatte nie dieses unangenehme Ereigniss zu beklagen. Später operirte ich mit der von meinem Freunde Lange construirten Nasenrachencurette und jetzt operire ich fast ausschliesslich mit der krückenförmig gebogenen Michael'schen Hohlmeisselzange, mit welcher ich am schnellsten und sichersten zum Ziele komme. Dieselbe schmiegt sich in drei Grössen den verschieden gebildeten Nasenrachenräumen vortrefflich an. Ich möchte dieses Instrument am meisten empfehlen. Ein ähnliches Instrument hat Schech angegeben.

Mit den von mir benutzten Instrumenten ist auch schon der Weg angegeben, auf welchem ich operire, nämlich immer vom Munde aus und zwar ohne Leitung des Spiegels, weil es eben eine Unmöglichkeit ist, ausser dem Spiegel — der, nebenbei bemerkt, ja von dem herunterfliessenden Blute und Schleime gleich bedeckt und unbrauchbar wird — noch ein zweites Instrument in einem kindlichen Rachen zu handhaben. Die Operation

von vorn durch die Nase mit der Schlinge habe ich öfters versucht, kam damit aber nie zum Ziele, weil die adenoiden Vegetationen sich hier zu Lande nicht zapfenartig entwickeln.

Der Patient, dessen Kopf festgehalten wird, sitzt vor dem Operateur. Mit dem Spatel in der linken Hand wird die Zunge niedergedrückt, die Zange geschlossen mit der rechten Hand hinter dem Gaumensegel in das Cavum hinaufgeführt bis an die Basis cranii, dann geöffnet, so weit als möglich, fest nach oben an den Knochen gepresst durch Senkung der Hand, und nun rasch öfters geschlossen und wieder geöffnet und durch weiteres Nieder- und nach Hintendrücken des Handgriffes die vorderen schneidenden Branchen des Instrumentes weiter nach vorwärts dem Septum zugeschoben.

Auf diese Weise gelingt es oft, mit einem Male die Operation zu vollenden, während ich bei der galvanokaustischen Operation oft 10 bis 20 Sitzungen nöthig hatte.

Die entfernten Stücke sind oft mehr als haselnussgross. Die Blutung ist meist sehr gering und kann durch Einspritzungen von kaltem Wasser leicht gestillt werden. Gelangt dieses im Strome von der einen Nasenhöhle durch die andere heraus, so ist nach Semon zugleich damit der Beweis für das Gelingen der Operation gegeben.

Bei allen Schwerhörigen treibe ich nach der Operation und Ausspülung der Nase gleich Luft in die Tuben ein, weil dann erst der volle Effect der Operation in dieser Beziehung sich geltend macht.

Die Arme kleiner Kinder fessele ich rasch vor der Operation, wozu ich eine Riemenvorrichtung an einem gewöhnlichen sogen. Wiener Stuhle angebracht habe. In der Narkose habe ich bis jetzt nie operirt, da die Dauer der ganzen Operation höchstens 2 bis 3 Minuten beträgt. Das Cocainum muriaticum bietet jetzt übrigens die Gelegenheit, sehr empfindlichen Patienten wenigstens den Schmerz beim Einführen des Instrumentes zu ersparen. Unangenehme Zufälle habe ich bei und nach der Operation nie beobachtet. Die immer vorhandene chronische Rhinitis erfordert eine sorgfältige Nachbehandlung.

Fremdkörper im Pharynx und Oesophagus.

Aus dem Pharynx entfernte ich 6 Mal Gräten, 1 Mal einen Holzsplitter. Die Gräten sassen in den Tonsillen, im Gaumensegel, in den Valleculis, im Sinus pyriformis. Je nachdem bediente ich mich

zur Entfernung derselben einer langen Pincette, der Störk'schen Zange und der Schrötter'schen gebogenen Larynxpincette. Die meisten Patienten kamen in den ersten Tagen zu mir, einer 10 Tage, nachdem er die Gräte verschluckt hatte. Letzterer hatte eine sehr dicke Schellfischgräte in der linken Vallecula sitzen und hatte dieselbe bedeutende Entzündungserscheinungen hervorgerufen. Ich war der sechste consultirte Arzt. Nicht alle Aerzte sind mit den nöthigen Instrumenten zu solchen Extractionen versehen und möchte ich denselben das von Voltolini empfohlene Gurgelwasser in Erinnerung bringen, wodurch die Gräten decalcinirt werden.

Rcp. Acid. nitric. 4,0
Aqu. destill. 240,0
Syrup. rub. Idaei 40,0
MDS. Fleissig damit zu gurgeln.

Verschiedene Male kamen Patienten zu mir, welche über einen verschluckten Fremdkörper und dadurch verursachte Beschwerden klagten und genau den Sitz derselben anzugeben vermeinten. Trotz fleissigen Suchens konnte derselbe nicht mehr gefunden werden, hatte sich wohl von selbst losgestossen und war verschluckt.

So entfernte ich einer Näherin ½ Jahr später die verschluckte Nähnadel rostig aus dem rechten Vorderarm, indem ich die Haut zu einer Falte emporhob, die Spitze der Nadel durch die Haut nach aussen drückte und die Nadel mit einer Kornzange an's Tageslicht beförderte.

Aus dem Oesophagus entfernte ich mittels Münzenfängers ein Stück eines Rebhuhn- und eines Ochsenknochen. Zur Sicherung der Diagnose solcher Fremdkörper hat neuerdings Hering den Gebrauch einer metallgeknöpften Sonde empfohlen.

Kehlkopf.

Drei sehr charakteristische Fälle von

Anomalie der Epiglottis

möchte ich hier nicht unerwähnt lassen, zumal dieselben die Ursache verschiedener Beschwerden waren. Vielleicht könnte man sich in solchen Fällen getrost an eine Correctur der Natur wagen; meine Patienten wünschten dies jedoch nicht.

Fig. 5 zeigt uns die Epiglottis eines 16jährigen Mädchens. Die

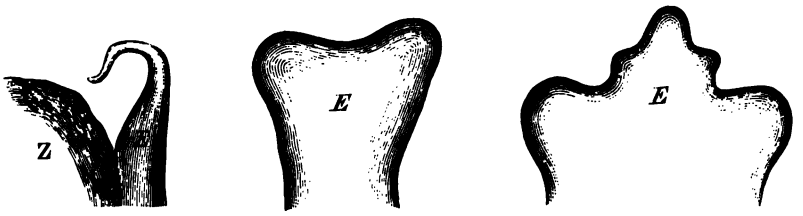

Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Anomalien der Epiglottis.

Spitze der Epiglottis ist nach dem Zungengrunde hin eigenthümlich umgestülpt, dabei ist sie so lang, dass sie durch häufige Berührung mit der Zunge sehr lästiges Schlingen, Leerschlucken bedingte. Wie gesagt, konnte Patientin zu einer Kürzung der Epiglottis sich nicht entschliessen.

Fig. 6 ist das Bild der Epiglottis einer 56jährigen Frau. Patientin klagte über häufiges sich Verschlucken beim Essen von etwas trockneren, krumigen Speisen. Dabei behauptet sie, nach dem Essen schwelle meist der Hals an der linken Seite an; letztere Erscheinung verschwinde auf Streichen und Reiben des Halses. Die eigenthümliche Form der sehr dicken Epiglottis erklärt zur Genüge

das Verschlucken, resp. das öftere Eindringen von Speisen in den Larynxeingang. Was das Anschwellen des Halses linkerseits betrifft, so glaube ich, dass dieselbe eine congestive ist und durch den Reiz veranlasst wird, welchen der von der Epiglottis über den Larynx vorstehende Theil beim Schlingen durch Reibung an der linken Pharynxseite verursachen muss.

Fig. 7 gehört einem 14jährigen Jungen an, welcher mir wegen Heiserkeit zugeführt wurde. Ich konnte keine weitere Larynxaffection constatiren und erklärte mir die unreine Stimme aus der Difformität der Epiglottis.

Defecte an der Epiglottis

sah ich in den verschiedenartigsten Formen. Die Patienten hatten entweder Typhus oder Syphilis überstanden oder waren tuberkulös. Lupus hatte ich nie Gelegenheit zu beobachten.

Stimmbandzerreissung.

Am 27. October kam der Tyrolersänger Maickel sehr stark heiser zu mir. Derselbe hatte sich 8 Tage vorher durch eine Erkältung die Heiserkeit zugezogen, war jedoch trotzdem von Tyrol hierher gereist und hatte unterwegs und hier gesungen, allerdings nur mit grosser Anstrengung und halber Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine heftige subacute Pharyngitis und Laryngitis. Unter geeigneter Behandlung besserten sich bis zum 5. November die Erscheinungen wesentlich. Den 6. November klagte mir Patient, dass nun die Stimme fast ganz weg sei und einen schnarrenden Beiklang habe. Er hätte gestern trotz meines Verbotes gesungen, weil es ihm viel besser gegangen sei, und da wäre ihm plötzlich die Stimme wie abgeschnitten gewesen. Ich konnte mir diese Erscheinung erst nach Besichtigung der Stimmbänder erklären. Dieselben waren weiss, fast von normaler Dicke, aber das rechte wahre Stimmband war in der Mitte bis über die Hälfte quer eingerissen. Die Ränder der Risswunde waren glatt, ganz leicht geröthet und boten das Bild dar, als wenn man in eine straff gespannte Sehne mit einem scharfen Messer einen Einschnitt gemacht hätte. Die zerrissenen Enden des Stimmbandes flottirten leicht beim Intoniren. Dem mitanwesenden Sänger H. konnte ich das Bild klar

zeigen und meinte dieser, es wäre ihm gleich so vorgekommen, als sei bei M. etwas zerrissen. Ich touchirte das Stimmband mittels Schwammes mit einer Argent. nitric.-Lösung 1 : 10,0, den 8. ebenso, den 9. mit Jodtinctur und Glycerin āā, und so abwechselnd mit Argent. nitric.-Lösungen und später Tanninglycerin-Lösungen. Den 17. November konnte ich die vollkommene Heilung des Risses mit Zurückbleiben einer ganz seichten Einbuchtung am inneren Rande des Stimmbandes constatiren. Ich liess Patienten, der bis dahin gar nicht hatte sprechen dürfen, die Tonleiter singen. Die Stimme zeigte noch eine ziemliche Unsicherheit. Patient konnte die Brusttöne nicht voll herausbringen, was ich zum Theil auf die nicht vollkommen geschwundene Laryngitis schob. Die Falsettöne fehlten ihm fast ganz. Der schnarrende Beiklang hatte sich verloren; jedoch war ein leichter Nebenhauch, wenn ich mich so ausdrücken darf, an den Tönen wahrzunehmen, der jedenfalls von der leichten Einbuchtung an der Rissstelle herrührte.

Patient blieb bis 14. December in meiner Behandlung; zuletzt verfügte er beinahe über seine ganze Stimme wie früher. Patient meinte ungefähr $^1/_2$ Octave in der Höhe eingebüsst zu haben. Seinem Versprechen gemäss besuchte mich Patient 2 Jahre später 1878 — aus Dankbarkeit, wie er meinte —, denn auch die verloren gegangene $^1/_2$ Octave hatte sich wiedergefunden.

Neubildungen im Kehlkopfe.

(Tabellen siehe pag. 66—75.)

Ich halte es nicht für zweckmässig, mich hier des Weiteren über die verschiedenen Operationsmethoden der Larynxpolypen auszulassen, zumal diese Operation durch die Anwendung des local-anästhesirenden Cocainum muriaticum in ein neues Stadium treten zu wollen scheint. Waren früher die technische Fertigkeit des Operateurs, das Stillehalten des zu Operirenden die ausschlaggebenden Momente, so glaubte man nach den neuesten Berichten über die Wirkung obigen Mittels, dass nun jeder Larynxpolyp mit leichter Mühe für den Operateur und ohne Gefahr für den Patienten entfernt werden könnte.

Dass dem nicht so ist in allen Fällen, beweisen 2 kürzlich von Voltolini publicirte Fälle, in denen trotz Cocain die betreffenden Collegen nicht zum Ziele gekommen waren.

Mir ist es in 3 Fällen bereits ebenso ergangen, und gebe ich Voltolini Recht, wenn er sagt, anästhesirt wird die Schleimhaut des Larynx, aber die Angst des Patienten wird durch das Cocain nicht beseitigt. Und diese Angst vor der unschuldigsten Operation kann diese eben unmöglich machen. Ausserdem beobachtete ich bei einem sehr kräftigen älteren Herren äusserst unangenehme Nebenwirkungen des Cocain. Nach einem heftigen Excitationsstadium folgte ein tiefes Depressionsstadium mit störenden Ohnmachten, trotzdem ich nur eine 10 %ige Cocainlösung verwandt hatte, und wollte Patient vom Cocain nichts mehr wissen.

Also ist es trotz Cocain nicht immer möglich, die Neubildung aus dem Larynx zu entfernen, und erinnerte Voltolini mit Recht an seine, wie er glaubt, in Vergessenheit gerathene Schwammmethode. 1877 hat Voltolini dieselbe bereits beschrieben.

1878 habe ich in der Deutschen med. Wochenschrift meine erste mit dem Schwamme erfolgreich ausgeführte Operation eines Larynxpolypen veröffentlicht.

In Kurzem gesagt, besteht Voltolini's Methode darin, dass man mit einem an einem festen, dabei aber doch nachgiebigen Stabe befestigten Schwamme von Kleinhaselnussgrösse die Neubildung wegzuwischen sucht.

Ich sah solche Schwammstäbe bei verschiedenen Collegen; da war entweder der Stab zu biegsam oder der Schwamm zu weich und konnten die Collegen unmöglich damit reüssiren. Voltolini hat neuerdings den Metallstab mit einem Stücke elastischen Katheters armirt, in welchem neben dem Stabe ein an dem Schwamme befestigter starker Seidenfaden läuft, um bei eventuellem Abstreifen des Schwammes vom Stabe, denselben nicht in den Larynx, die Trachea fallen zu lassen und Erstickungsgefahr befürchten zu müssen.

Ich befestigte meinen Schwamm an den silbernen Schwammträger von V. v. Bruns und bin jedesmal damit zum Ziele gekommen. Warum, frägt Voltolini in seinem Aufsatze, ist vor dem Cocain

meine Methode nicht zur Geltung gekommen? Darauf habe ich folgende Antworten:

1) Bedienten sich die meisten Collegen eines unpassenden, fehlerhaften Instrumentes.

2) Operirten wohl die meisten falsch damit. Patient muss die Zunge während der ganzen Operation sehr festhalten; sobald er sie loslässt, wird das Instrument aus dem Larynx förmlich hinausgeworfen. Der Operateur muss sehr gut aufpassen, um in den Larynx und nicht daneben zu kommen.

Ist er im Larynx, dann muss er ruhig warten, bis der Patient eine Inspiration macht und muss mit dem Schwamme schnell zwischen die wahren Stimmbänder durchgehen und dann rasch einige Male damit auf- und abfahren, mit einem gewissen Drucke nach der Seite hin, wo die Neubildung sitzt. Es gehört anfangs ein gewisser Muth dazu, diese Operation zu machen, die auffallender Weise vom Larynx sehr gut vertragen wird. Wenigstens hatte ich nie dabei unangenehme Folgen zu beklagen. Am nächsten Tage schon ist das gesunde Stimmband meist normal, während am kranken der zermalmte Polyp vielleicht noch hängt.

3) Eine Reihe Collegen nannten die Methode einen rohen Eingriff. Nun, ich glaube, dass man mit jedem anderen Instrumente mehr Unheil im Larynx anstiften kann, als mit dem Schwamme, wie aus dem oben Gesagten schon hervorgeht.

4) Glaube ich, schien die Methode vielen Collegen zu einfach und standen sie ihr deshalb unsympathisch gegenüber, weil es nach Voltolini's ersten Veröffentlichungen schien, als ob nun jeder praktische Arzt ohne jegliche weitere Specialkenntnisse Larynxpolypen entfernen könnte.

Mich veranlasste die Einfachheit der Methode, ohne jede weitere Einübung auch bei den reizbarsten Patienten die Neubildungen rasch entfernen zu können, derselben näher zu treten und führte ich nach meinen Tabellen sie bei

9 Schleimpolypen,
15 Fibromen,
1 Papillome,
3 Cysten

mit bestem Erfolge aus. Darunter waren Neubildungen an der unteren

Fläche der wahren Stimmbänder, im unteren Larynxraum, welche bei den sehr reizbaren Individuen ohne diese Methode schwer zu überwindende Schwierigkeiten geboten hätten. Eine Reihe Patienten verfügte weder über die nöthige Zeit noch das nöthige Geld, sich 1/4 Jahr lang auf ein Instrument einüben zu lassen, wie es früher öfter geschehen musste. Und dann gestehe man es nur offen zu, dass früher mancher diagnosticirte Polyp ruhig sitzen blieb, trotzdem sich unsere Koryphäen an ihm versucht hatten.

Ich denke, aus meinen Tabellen ist des Weiteren ersichtlich, dass ich der nöthigen Dexterität nicht entbehre, um auch auf andere Weise in dazu geeigneten Fällen meinen Zweck zu erreichen, indem wohl sämmtliche Operationsmethoden von mir geübt wurden. Die Zeitersparniss bei obiger Methode ist eine ganz bedeutende. Bei vielen Patienten entfernte ich die Neubildung in der ersten, bei den anderen in höchstens 3—4 Sitzungen mit dem Schwamme.

Ueber die Operationen der Sarkome möchte ich nur noch bemerken, dass ich trotz meines einen günstig verlaufenen Falles heutzutage bei dieser Neubildung immer die Exstirpation resp. Resection des halben Larynx nach P. Bruns in Vorschlag bringen würde. Dass die operative Entfernung von Tuberkelgranulationsgeschwülsten nicht contraindicirt ist, sondern im Gegentheile die galvanokaustische Operation derselben gute Resultate gibt, beweisen meine noch lebenden 2 Fälle. Bei allen verzeichneten Fällen hätte sonst die Tracheotomie gemacht werden müssen.

Ueber alle anderen wichtigen Punkte geben die Tabellen Aufschluss. Indem ich die Resultate meiner Operationen zusammenstelle, komme ich zum Schlusse:

14 Schleimpolypen,
24 Fibrome,
6 Papillome,
8 Cysten,
1 Enchondrom wurden geheilt;
1 Papillom gebessert;
1 Sarkom relativ geheilt;
2 Tuberkelgranulationsgeschwülste relativ geheilt;
1 Sarkom,
4 Carcinome,
2 Tuberkelgranulationsgeschwülste endeten mit dem Tode.

Tabelle I.

No.	Datum.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	Sitz der Neubildung.
1	1875	45	1	—	Auf dem linken wahren Stimmbande erbsengross mit breiter Basis aufsitzend.
2	1878	19	1	—	Auf dem linken wahren Stimmbande mit breiter Basis erbsengross, mehr randständig.
3	1878	32	1	—	Kleinhaselnussgross, von der unteren Fläche des rechten wahren Stimmbandes in der vorderen Incisur in den unteren Larynxraum hängend.
4	1879	36	1	—	Ueber erbsengross, vom rechten falschen Stimmbande in die vordere Incisur sich erstreckend.
5	1879	38	1	—	Vom rechten wahren Stimmbande ausgehend, erstreckte sich die Geschwulst flächenartig nach links über die vordere Incisur und in den unteren Larynxraum.
6	1880	50	1	—	Rechtes wahres Stimmband mit Polypenmassen bedeckt.
7	1881	46	1	—	Zweigetheilter Polyp, halbhaselnussgross am vorderen Drittel des rechten wahren Stimmbandrandes und der unteren Stimmbandfläche aufsitzend.
8	1881	34	—	1	Im mittleren Drittel beider wahren Stimmbänder, rechts kleiner als links; hier linsengross.
9	1881	31	1	—	Auf dem vorderen Drittel des rechten wahren Stimmbandes und ebenso auf dem linken weiter nach hinten sich erstreckend halbhaselnussgross.
10	1883	55	—	1	Vom mittleren Drittel des rechten wahren Stimmbandes ausgehend, dasselbe 1 Centimeter lang bedeckend.
11	1883	34	—	1	In der Gegend des Proc. vocal. dexter, mehr an der Unterfläche des Stimmbandes, linsengross.
12	1883	24	1	—	Erbsengross, in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes; Wurzel mehr nach hinten.
13	1883	25	1	—	1 Centimeter langer Polyp am vorderen und mittleren Drittel des rechten wahren Stimmbandes, randständig sitzend.
14	1884	36	1	—	Nahm das vordere Drittel des rechten wahren Stimmbandes ein.

Schleimpolypen.

Functionsstörungen von Seite der Neubildung.	Operation.	Erfolg.
Heiserkeit.	Mit Argent. nitric. in Substanz weggeätzt.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit v. Bruns'scher kalter Schlinge ein grosses Stück in 1ter Sitzung entfernt.	Rest wurde von v. Bruns später operirt und Pat. geheilt.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Voltolini's Schwamm. 3 Sitzungen.	Heilung. Singt. — Lehrer.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Recidiv nach 2 Jahren. Nochmals operirt.
Heiserkeit.	Mit v. Bruns'scher Schlinge und Störk's Guillotine in 1ter Sitzung entfernt.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Störk's Guillotine. Reste mit Galvanokauter in 1ter Sitzung entfernt.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung. Singt. — Choristin.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 2 Sitzungen.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Störk's Zange.	Heilung.

Tabelle II.

No.	Datum.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	Sitz der Neubildung.
1	1877	26	1	—	Erbsengross in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes am Rande sitzend.
2	1879	34	—	1	Auf dem linken wahren Stimmbande zwei linsengrosse Fibrome.
3	1879	38	1	—	In der Nähe der vorderen Incisur auf dem linken wahren Stimmbande mit breiter Basis.
4	1880	36	1	—	Erbsengross, auf der rechten Aryfalte.
5	1880	38	1	—	Am Rande des vorderen Drittels des linken wahren Stimmbandes, linsengross.
6	1880	34	1	—	Gestieltes, linsengrosses Fibrom in der Mitte des rechten wahren Stimmbandrandes.
7	1881	25	—	1	Kleinlinsengross, am rechten wahren Stimmbandrande, zweites kleiner, auf der Mitte des linken wahren Stimmbandes.
8	1881	36	1	—	In der Gegend des linken Process. vocalis, kleinlinsengross.
9	1882	45	1	—	Hanfkorngross, in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes; randständig.
10	1882	42	1	—	Halberbsengross, lang gestielt, von der Mitte des rechten wahren Stimmbandes ausgehend.
11	1882	40	1	—	Kleinerbsengross, am Rande der unteren Fläche des linken wahren Stimmbandes, im vorderen Drittel.
12	1882	56	1	—	Gestielt, hanfkorngross, am linken wahren Stimmbandrande, im vorderen Drittel.
13	1882	33	1	—	Linsengross, breitbasig, in der Mitte des rechten wahren Stimmbandrandes.
14	1882	36	1	—	Erbsengross, in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes mit dem falschen verwachsen.
15	1882	46	—	1	Vom linken Epiglottisrande an sehr langem Stiele erbsengross in den Sinus pyriformis herabhängend.

Fibrome.

Functionsstörungen von Seite der Neubildung.	Operation.	Erfolg.
Heiserkeit.	Mit Störk's Guillotine. Rest mit Voltolini's Schwamm.	Heilung. Kann singen.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. Rest weggeätzt.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm zum Theil abgerissen und dann mit v. Bruns' Pincette entfernt.	Heilung.
Heiserkeit.	Jodpinselungen.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 2 Sitzungen.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit v. Bruns'scher Schlinge.	Heilung.
Heiserkeit.	1. mit Voltolini's Schwamm. 3 Sitzungen. 2. weggeätzt.	Heilung. Kann singen.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Störk's Guillotine in 1ter Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Störk's Zange in 1ter Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Störk's Zange zuerst vom falschen Stimmbande losgerissen und dann mit v. Bruns'scher Schlinge entfernt. 1 Sitzung.	Heilung.
Konnte seit 10 J. nichts Flüssiges schlucken ohne die heftigsten Erstickungsanfälle.	Mit Störk's Schlinge in 1ter Sitzung entfernt.	Heilung. Konnte gleich trinken.

No.	Jahr.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	[illegible]
16	1883	64	1	—	[illegible]
17	1883	36	1	—	[illegible]
18	1883	33	—	1	[illegible]
19	1883	23	1	—	[illegible]
20	1883	34	1	—	[illegible]
21	1884	26	1	—	[illegible]
22	1884	33	1	—	[illegible]
23	1884	27	—	1	[illegible]
24	1884	64	1	—	[illegible]
1	1874	41	—	1	[illegible]
2	1875	24	—	1	[illegible]
3	1876	[illegible]	1	—	[illegible]
4	1880	34	—	1	[illegible]
5	1882	37	1	—	[illegible]
6	1882	[illegible]	1	—	[illegible]
7	1882	[illegible]	1	—	[illegible]

ıngen ıng.	Operation.	Erfolg.
it.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung. 1 Jahr später Recidiv.
it.	Mit Voltolini's Schwamm. 4 Sitzungen.	Heilung. Lehrer.
it.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
it.	Mit Voltolini's Schwamm. 2 Sitzungen.	Heilung.
it.	Voltolini. — 1 Sitzung.	Heilung.
it.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
it.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung.	Heilung.
it.	Mit Schech's Galvanokauter.	Heilung.
it.	Unter Cocain, mit Störk's Guillotine.	Heilung.
e.		
it.	Mit Argent. nitric. in Substanz weggeätzt.	Heilung.
- len.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung entfernt.	Heilung.
it. ;.	Mit Schech's Galvanokauter und Messer operirt.	Relativer Erfolg.
it.	Mit v. Bruns'scher Schlinge und Galvanokauter operirt.	Relativer Erfolg. Recidiv.
ıit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
it.	Mit Schlinge, Guillotine und Galvanokauter.	Relativer Erfolg. Recidive.
ıagen lurch iren n in's ere.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung.	Heilung. 1. Tenorist.

No.	Datum.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	Sitz der Neubildung.
16	1883	64	1	—	Halberbsengross, ziemlich randständig, im vorderen Drittel des linken wahren Stimmbandes.
17	1883	36	1	—	Linsengross, randständig, im vorderen Drittel des linken wahren Stimmbandes.
18	1883	33	—	1	Linsengross, auf dem hinteren Drittel des linken wahren Stimmbandes.
19	1883	23	1	—	Linsengross, auf dem vorderen Drittel des linken wahren Stimmbandes.
20	1883	34	1	—	Linsengross, auf der Mitte des linken wahren Stimmbandes.
21	1884	26	1	—	Erbsengross, in dem vorderen Drittel des rechten wahren Stimmbandrandes und an der Unterfläche.
22	1884	33	1	—	Haselnussgrosses Fibrom, von der Innenseite der linken Aryfalte ausgehend.
23	1884	27	—	1	In der Form einer zusammengepressten Erbse in der vorderen Incisur.
24	1884	64	1	—	Halberbsengross, an der Mitte des rechten wahren Stimmbandrandes.

Tabelle III.

1	1874	41	—	1	Haselnussgross, von der rechten Aryfalte in den Sinus pyriformis sich erstreckend, breitbasig.
2	1875	24	—	1	Ueber haselnussgross, in dem linken Sinus pyriformis, mit breiter Basis von der Wurzel der Epiglottis ausgehend.
3	1878	34	1	—	Auf beiden wahren und falschen Stimmbändern eine Anzahl Wucherungen auf syphilitischer Basis.
4	1880	34	—	1	Das linke wahre Stimmband bedeckend.
5	1882	36	1	—	Beide wahre Stimmbandränder in den vorderen Dritteln mit Wucherungen besetzt.
6	1882	34	1	—	An der Epiglottisinnenseite, den wahren und falschen Stimmbändern zahlreiche Papillome.
7	1882	36	1	—	Am linken Epiglottisrande zwei gestielte Papillome, unteres grösser als das obere.

Functionsstörungen von Seite der Neubildung.	Operation.	Erfolg.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung. 1 Jahr später Recidiv.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 4 Sitzungen.	Heilung. Lehrer.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm. 2 Sitzungen.	Heilung.
Heiserkeit.	Voltolini. — 1 Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Schech's Galvanokauter.	Heilung.
Heiserkeit.	Unter Cocain, mit Störk's Guillotine.	Heilung.
Papillome.		
Heiserkeit.	Mit Argent. nitric. in Substanz weggeätzt.	Heilung.
Schluckbeschwerden.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung entfernt.	Heilung.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Schech's Galvanokauter und Messer operirt.	Relativer Erfolg.
Heiserkeit.	Mit v. Bruns'scher Schlinge und Galvanokauter operirt.	Relativer Erfolg. Recidiv.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Schlinge, Guillotine und Galvanokauter.	Relativer Erfolg. Recidive.
Plötzl. Versagen der Stimme durch Hineinflottiren des grösseren in's Larynxinnere.	Mit v. Bruns'scher Schlinge in 1ter Sitzung.	Heilung. 1. Tenorist.

Tabelle IV.

No.	Datum.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	Sitz der Neubildung.
1	1880	46	—	1	Zwei Dermoidcysten in der Mitte der wahren Stimmbandränder.
2	1880	36	—	1	Am Rande des vorderen Drittels des rechten wahren Stimmbandes eine Dermoidcyste.
3	1880	28	1	—	In der Mitte des rechten wahren Stimmbandrandes zwei Dermoidcysten.
4	1881	34	—	1	Zwei perlgraue Dermoidcysten in der Mitte der wahren Stimmbänder am Rande.
5	1883	21	—	1	Erbsengross, auf der Aussenseite der linken Epiglottishälfte.
6	1884	28	1	—	Ueber erbsengrosse, blaurothe Cyste, aus der Mitte der linken Morgagni'schen Tasche hervorwuchernd, den Stimmbandrand überragend.
7	1884	34	1	—	Zapfenartige Cyste, aus der rechten Morgagni'schen Tasche hervorwuchernd.
8	1884	25	1	—	Erbsengrosse Cyste auf der Aussenseite der rechten Epiglottishälfte.

Tabelle V.

1	1881	63	1	—	An der linken inneren Epiglottisseite eine erbsengrosse, weissgraue, harte Geschwulst.

Tabelle VI.

1	1879	42	1	—	Ueber das ganze linke falsche Stimmband, die vordere Commisur überschreitend, das wahre Stimmband vollständig verdeckend.
2	1882	36	—	1	Sitz und Ausbreitung ganz wie beim vorhergehenden.

Cysten.

Functionsstörungen von Seite der Neubildung.	Operation.	Erfolg.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung. Reine Stimme. Sängerin.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Heiserkeit.	Mit Voltolini's Schwamm.	Heilung.
Keine Beschwerden.	Incision mit nachfolgender Aetzung.	Heilung.
Heiserkeit.	Theil mit v. Bruns'scher Schlinge, Rest mit Schrötter's Pincette.	Heilung.
Heiserkeit.	Incision.	Heilung.
Häufige Larynxcatarrhe.	Mit Störk's Guillotine in 1 Sitzung.	Heilung.

Enchondrom.

Asthma.	Mit Störk'scher Schlinge ausgerissen.	Heilung von Asthma.

Sarkome.

Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Schech's Messer, Galvanokauter und Schrötter's Pincette.	War fast vollständig geheilt, als er an einer Pleuropneumonie 1880 starb (†).
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Galvanokauter zerstört.	Dyspnoë beseitigt. Sprache gut. In den nächsten Jahren ohne Recidiv geblieben.

Tabelle VII.

No.	Datum.	Alter.	Männlich.	Weiblich.	Sitz der Neubildung.
1	1876	71	1	—	Im unteren Larynxraum sitzend, hatte auf den Oesophagus übergegriffen.
2	1878	42	1	—	Zerfallendes Epithelialcarcinom von der Zungenwurzel auf die rechte Epiglottishälfte übergreifend, ebenso auf die rechte Aryfalte und das rechte falsche und wahre Stimmband.
3	1880	46	—	1	Linkes wahres und falsches Stimmband, linke Epiglottishälfte, linkes Lig. glosso-pharyngo-epiglotticum von einem zerklüfteten Epithelialcarcinom besetzt.
4	1884	42	1	—	Im rechten Sinus pyriformis ein Fibro-Adenom, auf der rechten Aryfalte ein Epithelialcarcinom.

Tabelle VIII.

1	1876	42	—	1	In der Incisur. interarytaenoidea.
2	1880	36	—	1	In der Incisur. interarytaenoidea.
3	1881	37	1	—	An der Innenfläche der Epiglottis halbwallnussgrosse Geschwulst.
4	1882	28	—	1	Grosse zerklüftete Geschwulstmasse die ganze Incisur. interarytaenoidea einnehmend.

Carcinome.

Functionsstörungen von Seite der Neubildung.	Operation.	Erfolg.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Thyreotomie. Mit scharfem Löffel ausgekratzt.	† am 5. Tage an Pneunomie.
Heiserkeit. Dispnoë. Schling-beschwerden.	Mit kalter und galvanokaustischer Schlinge die grössten Massen zur Erleichterung entfernt.	† nach 3 Wochen.
Heiserkeit. Grosse Schling-beschwerden.	Mit Galvanokauter möglichst viel zerstört.	† nach 2 Monaten.
Heiserkeit. Schling-beschwerden.	Stücke zur microscopischen Diagnose mit galvanokaustischer Schlinge entfernt.	† nach 8 Monaten.

Tuberkelgranulationen.

Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit galvanokaustischem Flachbrenner.	Besserung. † nach 10 Monaten.
Heiserkeit. Ohrenstiche.	Ebenso.	Besserung. † nach 2 Monaten.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Schech's Messer und Galvanokauter in 1ter Sitzung.	Heilung. Die Lungenerscheinungen gingen gleichfalls zurück.
Heiserkeit. Dyspnoë.	Mit Galvanokauter operirt 2 Jahre hintereinander.	Relative Heilung. Sprache gut. Lebt noch 1885 und hat sich in diesem Frühjahre verheirathet.

Katheterismus des Larynx.

Nach Ganghofner, Jacobson und Chiari sind die Vortheile dieser von Schrötter eingeführten, von jedem practischen Arzte ohne besondere Schwierigkeiten ausführbaren Behandlungsmethode so in die Augen fallend, dass es nur erwünscht sein kann, ihr Gebiet zu erweitern. Nach Ganghofner können nur die Resultate der practischen Anwendung endgültig darüber entscheiden, bei welchen Erkrankungen des Kehlkopfes, die sein Lumen beeinträchtigen, die Tubage und mechanische Dilatation mittels Schrötter's Hohlbougies an Stelle der Laryngo-Tracheotomie treten, diese eventuell ersetzen kann.

Meinen s. Z. veröffentlichten 2 Fällen, welche ein Epithelialcarcinom und eine Perichondritis laryngea tuberculosa betrafen, bei welchen ohne den Larynxkatheterismus die Tracheotomie nicht wohl zu umgehen gewesen wäre, möchte ich weitere 8 Fälle hinzufügen.

Aus obigen Gründen folgen deshalb hier die Krankengeschichten:

1) Herr N., 40 Jahre alt, seit 9 Jahren beständig wegen Syphilis resp. ihren Folgezuständen in Behandlung, kam Ende September 1878 zu mir, weil er in der letzten Zeit öfter Erstickungsanfälle gehabt hätte. Der Kranke war sehr kachectisch, stockheiser und konnte nur mit Mühe athmen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab ein markstückgrosses, ausgezacktes Ulcus an der linken inneren Epiglottisseite. Die Epiglottis war sehr voluminös, infiltrirt. Die falschen Stimmbänder, Incisura interarytaenoidea waren mit polypösen Neubildungen bedeckt und verhinderten jeden tieferen Einblick in den Larynx. Ich pinselte zunächst mit einer Jodkalilösung und leitete eine Jodkaliumkur ein; zugleich liess ich Unguent. ciner. äusserlich am Halse einreiben.

Trotzdem besserte sich der Zustand des Patienten nicht, im Gegentheil schwollen die Neubildungen ödematös an. Da ich bei einer operativen Entfernung der Neubildungen eine zu starke Reaction fürchtete, griff ich am 4. October zu Schrötter's Bougie und brachte No. 6 auch glücklich zwischen die Neubildungen durch.

Patient vertrug die Application gut, die Erstickungsanfälle liessen nach und konnte ich am 11. October bereits No. 10 einführen. Weiter aber kam ich nicht. Trotz den Pinselungen mit Jodkali-

lösungen griff das Ulcus von der linken Epiglottisseite auf die linke aryepiglottische Falte weiter; auch zeigte sich ein kleines Ulcus am linken Aryknorpel. Touchiren mit Argent. nitric. in Substanz rief einen so heftigen Glottiskrampf hervor, dass ich nur schnell Bougie No. 10 einführte, um Patient nicht vor meinen Augen ersticken sehen zu müssen.

Leichtere Argent. nitric.-Lösungen dagegen vertrug Patient gut und reinigten sich allmählich die Ulcera, zeigten speckigen Grund, wurden seichter und heilten endlich zu.

Ende October konnte ich sogar No. 12 einführen. Auch die Geschwulstmassen verkleinerten sich. Die Sprache besserte sich.

Nun schritt ich zur Entfernung der Neubildungen mit Schech's ungedeckten Messern, der Schlinge und dem Galvanokauter. Nach Zerstörung derselben an den falschen Stimmbändern, den aryepiglottischen Falten, zeigte sich, dass die wahren Stimmbänder in ihrem vorderen Drittel nach der vorderen Commissur zu vollständig verwachsen waren und das linke wahre Stimmband in seinem hinteren Drittel vollständig zerstört war.

Die Verwachsung trennte ich mit Messer und Galvanokauter und suchte sie durch Bougieren offen zu halten. Dieses Resultat wurde endlich auch erreicht. Patient sprach ziemlich gut, so dass er seinem Berufe als Agent obliegen konnte.

Die Behandlung hatte sich mit kurzen Unterbrechungen fast über ein Jahr erstreckt. Immer wieder auftauchende Ulcera bestimmten mich, den Patienten consequent Jodkalium nehmen zu lassen. Ferner hatte eine im Jahre 1880 durchgeführte Semmel-Milchkur den Erfolg, dass Patient in seiner Ernährung gehoben wurde. Erst gegen Ende des Jahres traten die Erscheinungen einer Lungenerkrankung in den Vordergrund und wurde dieselbe Ende December mit einem Anfall von Lungenödem eingeleitet. Der Larynx war vollkommen durchgängig und trotzdem war Patient am Ersticken, als ich zu ihm gerufen wurde. Morphiuminjectionen halfen gar nichts und griff ich zu einer Pilocarpininjection. Nach vielen Erfahrungen kann durch eine solche Lungenödem entstehen. Ich kalkulirte, dass das bereits vorhandene Lungenödem durch eine Injection zwar vermehrt, aber auch schneller ablaufen würde. Das bestätigte sich denn auch; am nächsten Tage lebte Patient noch, befand sich bedeutend besser und erholte sich auch wieder

ziemlich, um allerdings später, im Mai 1881, an der Lungenphthise zu Grunde zu gehen.

2) Im August 1879 kam die 54 Jahre alte Patientin F. zu mir mit bedeutender Athemnoth, vollkommen stimmlos. Sie gab an, seit einem Jahre erkrankt zu sein. Die Stimmlosigkeit, Athemnoth wäre trotz Behandlung eingetreten, hätte immer mehr zugenommen, so dass sie bei geringer Verschlimmerung jeden Augenblick zu ersticken meine. Patientin ist sehr kachectisch. Die Lungenuntersuchung ergab allgemeinen Bronchialcatarrh.

Der Kehlkopf erscheint in seinen äusseren Contouren sehr verdickt, ist aber gegen Druck unempfindlich. Im Pharynx leichte Pharyngitis granulosa.

Epiglottis sehr weit über den Larynx gelagert, sammtroth aussehend, starr, hebt sich beim Intoniren nur wenig. Die falschen Stimmbänder legen sich beim Intoniren als dicke, dunkelrothe Wülste aneinander, ihre Ränder sind mit seichten Ulcer. bedeckt. Von den wahren Stimmbändern ist absolut nichts zu sehen.

Die Sondirung ergibt eine so bedeutende Härte in der Gegend der falschen Stimmbänder, dass ich auf eine abgelaufene Perichondritis cartilag. thyreoid. meine Diagnose stellte. Die wahren Stimmbänder mussten durch diese Erkrankung in ihrer Thätigkeit vollständig behindert sein.

Aeusserlich Jodpinselungen. Durch Pinselungen mit steigenden Argent. nitric.-Lösungen schwollen die falschen Stimmbänder etwas ab, wurden hellroth, die Ulcera heilten und die Athmung wurde leichter.

Um nun die Verdickung des Knorpels zu beseitigen, griff ich zur Tubage. Ich fing mit No. 5 an und stieg im Laufe eines Monats auf No. 8. Es traten durch diese Behandlung die falschen Stimmbänder immer mehr zurück und kamen die wahren Stimmbänder als dicke rothe Wülste zum Vorschein, die fast unbeweglich waren, weil sie in ihrem vorderen Drittel verwachsen waren. Ich durchtrennte sie mit Messer und Galvanokauter und setzte die Tubage zwischen sie hindurch mit No. 8 noch längere Zeit fort. Weiter brachte ich es nicht. Aber ich hatte den Erfolg, dass Patientin nicht nur frei athmen, sondern auch mit rauher, grober Stimme sprechen konnte. Im Winter liess ich Patientin Leberthran mit Perubalsam nehmen. Im Januar 1880 hatte Patientin eine

leichte Hämoptoe. Die Jodpinselungen äusserlich wurden erst im April 1880 wieder aufgenommen, da plötzlich der Larynx aussen in der Mitte der Cartilago thyreoidea gegen Druck empfindlich wurde. Allmählich entwickelte sich an dieser Stelle ein Abscess, den ich Mitte Mai eröffnete. Bei der Sondirung stiess ich auf glatten Knorpel. Als ich im Juli von meiner Reise zurückkehrte, war die Abscessöffnung unter Behandlung meines Collegen Herrn Dr. Grober mit eingezogener Narbe geheilt. Ein Knorpelstück hatte sich nicht abgestossen.

Da durch diese neue Erkrankung das Allgemeinbefinden der Patientin sehr gelitten, schickte ich sie auf's Land, wo sie sich sichtlich erholte.

Da ich auch mit dem Resultate in Bezug auf die Stimme nicht zufrieden war, ätzte ich einige Male die wahren und falschen Stimmbänder nochmals mit dem Galvanokauter und erzielte dadurch ein breiteres Hervortreten und Dünnerwerden der wahren Stimmbänder.

Patientin verfügt jetzt, 1885, über eine laute, allerdings etwas quicksende Stimme und sind Athembeschwerden nie mehr eingetreten.

3) Frau M. wurde mir im Mai 1879 von einem Collegen zugesandt, der dieselbe wegen Syphilis in Behandlung hatte. Patientin hatte in letzter Zeit nächtliche Erstickungsanfälle gehabt.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine bedeutende Infiltration der Epiglottis, sodass dieselbe das Larynxinnere fast vollständig verdeckte und nur das rechte wahre Stimmband als ganz schmaler Streifen zu sehen war. Ebenso waren die Aryfalten, die falschen Stimmbänder stark infiltrirt. Ich touchirte einige Tage mit starken Argent. nitric.-Lösungen, gab Jodkalium innerlich und nahm bei dieser Behandlung die Infiltration bedeutend ab, sodass ich bis in die gleichfalls entzündlich infiltrirte Trachea sehen konnte. Die wahren Stimmbänder waren beide intact, jedoch waren Lähmungserscheinungen von Seite der Glottisschliesser vorhanden und die Sprache dadurch grob, die Athmung geräuschvoll. Ich faradisirte percutan.

Plötzlich kam Patientin mit solcher Kurzathmigkeit zu mir, dass sie zu ersticken drohte. Ich führte Bougie No. 7 und 8 ein und pinselte nachher mit Argent. nitric.-Lösung.

Die nächsten Tage wurde No. 9 eingeführt und hatte der Katheterismus den Erfolg, dass die Kurzathmigkeit vollständig schwand.

Jetzt entwickelten sich Ulcera mit syphilitischen Plaques bedeckt an dem linken Aryknorpel, auf der Hinterwand des Larynx, an der Platte der Cartilago cricoidea. Zuletzt erschien der Larynx wie mit einer Diphtheriemembran ausgegossen. Diese Membranen stiessen sich mit Hinterlassung von Geschwüren ab, welche im Verlaufe von 14 Tagen unter Argent. nitric.-Pinselungen zur Heilung kamen.

Die Frau hatte während dieser Zeit überhaupt nicht sprechen können. Nun aber fing die Sprache an sich zu bessern und konnte Patientin schliesslich geheilt entlassen werden. Die ganze Behandlung währte 7 Monate.

Hier war offenbar eine Paralyse der Mm. crico-arytaenoidei postici durch die Infiltration aller Gewebstheile die Ursache der momentanen Erstickungsgefahr geworden und wurde dieselbe in überraschend günstiger Weise durch den Katheterismus beseitigt. Derselbe möchte demnach bei solchen Fällen vor der Tracheotomie wenigstens zu versuchen sein.

4) Der Gesanglehrer G., 36 Jahre alt, war 1877 von V. v. Bruns von einem weichen Fibroid durch endolaryngeale Operation befreit worden, das an der unteren Fläche des vordersten Theiles des linken wahren Stimmbandes nahe am Vereinigungswinkel der Stimmbänder gesessen hatte. Die Stimme wurde zwar rein, die Töne in der mittleren Lage standen dem Sänger in der nöthigen Weise nicht mehr zur Verfügung, sodass er seinen Beruf als Sänger aufgeben musste.

1879 untersuchte ich den Patienten. Das vordere Drittel beider wahrer Stimmbänder war entzündlich geröthet, verdickt, der Vereinigungswinkel war kein scharfer, sondern erschien abgerundet und erstreckte sich ein röthlicher, leistenförmiger Wulst $^1/_4$ Centimeter ober-, 2 Centimeter unterhalb die Stimmbänder in der Incisura anterior in den unteren Larynxraum. Dieser Wulst flachte sich nach der rechten und linken Seite allmählich ab und ging auf letzterer in einen $^1/_2$ Centimeter langen Wulst über, der beim Auseinandertreten der Stimmbänder momentan nur abgehoben von der Unterfläche des linken Stimmbandes und weisslich erschien. Ich führte einige Male Röhre No. 8 und 9 ein. Es entstand eine leichte Entzündung der betreffenden Theile, nach deren Ablauf der Larynx unempfindlicher wurde und der Wulst auf der linken Seite verschwand. Ebenso bildeten sich die Schwellungen in der Incisura anterior zurück.

Trotzdem aber besserte sich die Stimme in der gewünschten Weise nicht, sodass ich von weiterem Katheterisiren des Larynx abstand.

5) Am 1. Juli 1879 consultirte mich die 36jährige Bauersfrau M. wegen ihrer Kurzathmigkeit. Sie hatte 1877 eine doppelseitige Pleuropneumonie überstanden, war im Verlaufe derselben sehr heiser und kurzathmig geworden und geblieben. Die Lungenuntersuchung ergab R und LHU knarrende Reibegeräusche.

Der Vater war an Phthise verstorben.

Die Larynxuntersuchung ergab die Zerstörung beider Process. vocal. und der hinteren Abschnitte beider wahrer Stimmbänder. Die Reste derselben lagen als dicke, rothe Wülste nach vorn zu. Die Innenfläche der Epiglottis, die falschen Stimmbänder waren bedeutend infiltrirt und dadurch das Larynxlumen sehr verengt. Die aryepiglottischen Falten waren wenig infiltrirt. In der Incisura interarytaenoidea lag eine zehnpfennigstückgrosse, grauweisse Membran, welche sich öfters abstiess, ohne ein Ulcus zu hinterlassen. Der Mann brachte mir eine solche Membran in Spiritus mit; sie hatte das Aussehen und die microscopische Beschaffenheit einer Croupmembran. Bildete sich diese Membran, dann steigerte sich die Kurzathmigkeit wesentlich.

Die Sondirung ergab die Infiltration der falschen Stimmbänder, des Petiolus als sehr weich, und brachten tiefe Incisionen in diese Theile durch ziemliche Blutung eine grosse Erleichterung.

Ich stellte die Diagnose auf chronische Perichondritis epiglottica und thyreoidea.

Da im September die Erscheinungen trotz Gaben von Jodkalium und äusserlicher Anwendung von Jodsalbe noch dieselben waren, und die im Winter eventuell sich hinzugesellenden Erkältungserkrankungen eine gefahrvolle Verschlimmerung der Stenose befürchten liessen, entschloss sich Patientin zur Tubage des Larynx. Angefangen wurde mit No. 3 von Schrötter's Hohlbougie am 9. October. Am 28. October war ich bereits auf No. 12 gekommen. Die Röhren wurden in zwei Sitzungen täglich je 2—3 Mal eingeführt, da Patientin dieselben nicht lange vertrug.

Aeusserlich wurde mit Jodsalbe der Larynx weiter eingerieben, innerlich Leberthran verabreicht.

Der auch in seinen äusseren Contouren sehr vergrösserte Kehlkopf wurde immer dünner; die Infiltrationen innen waren ganz

zurückgegangen, die Membran in der Incisura interarytaenoidea bildete sich nicht wieder, die Sprache wurde laut und deutlich, die Athmung normal. Heute noch erfreut sich Patientin einer guten Sprache und vortrefflichen Gesundheit.

6) Tischler M., 30 Jahre alt, kam 1881 mit chronischer Infiltration der falschen Stimmbänder zu mir, welche die wahren Stimmbänder vollständig verdeckten. In der rechten Lungenspitze war Catarrh vorhanden. Phthise war in der Familie vorgekommen.

Patient war seit 2 Jahren vollständig heiser, oft aphonisch und seit 1/2 Jahr so kurzathmig, dass er nicht mehr arbeiten konnte. Vom 6. Juli bis 17. August führte ich Röhre 7—11 ein um den anderen Tag ein.

Ich bewirkte dadurch eine bedeutende Abnahme der Infiltration der falschen Stimmbänder, unter denen die wahren Stimmbänder vollständig intact zum Vorschein kamen, allerdings beide paretisch. Die Kurzathmigkeit hatte sich so weit gebessert, dass Patient wieder arbeiten konnte.

Die Parese der Stimmbänder besserte sich durch percutane Faradisation und damit die Sprache so weit, dass Patient gut verständlich war.

Die Lungenerkrankung machte aber solche Fortschritte, dass ihr Patient im Mai 1882 erlag.

7) Werkführer S., 54 Jahre alt, 1882. Bei diesem Patienten suchte ich die Residuen einer abgelaufenen Perichondritis thyreoid. dextr. tuberculos., welche als Infiltration des rechten falschen Stimmbandes das wahre vollkommen überragte und Kurzathmigkeit verursachte, zu beseitigen.

Nach mehrmaligem Katheterisiren wurde jedoch eine so starke Reizung des falschen Stimmbandes hervorgerufen, dass ich von diesem Verfahren abstehen musste. Ich wandte mit mehr Erfolg die Galvanokaustik an. Patient starb im März 1883 an Tuberkulose.

8) Tischler W., 45 Jahre alt, steht seit 6 Jahren wegen Phthisis laryngis et pulmonum in meiner Behandlung. Die wahren Stimmbänder waren grossentheils durch Ulcer. zerstört, alle Larynxtheile mehr oder minder infiltrirt, doch war es nie zu stenotischen Erscheinungen gekommen. Im Februar 1884 traten dieselben nach einer Erkältung so plötzlich und so heftig auf, dass ich dem Patienten

die Tracheotomie in Aussicht stellen musste. Zuerst aber wollte ich mit der Tubage noch einen Versuch machen.

Am 10. Februar begann ich mit No. 5 und war bis Ende März auf No. 12 gestiegen. Bis Ende Juli jedoch musste ich die Röhren einführen, da beim Aussetzen damit die Dyspnoë gleich einen den Kranken beängstigenden Grad erreichte.

Patient konnte im August relativ geheilt Ems besuchen und befindet sich seit der Zeit in einem erträglichen Zustande.

Die Sprache klingt rauh, dumpf. Patient kann seinem Berufe obliegen.

Was nun die Ausführung des Katheterismus betrifft, so verfuhr ich in folgender Weise: Nachdem die Röhren in heissem Wasser erwärmt worden, wurden sie rasch abgetrocknet, mit 1%igem Carbolöl bestrichen und immer unter Leitung des Spiegels eingeführt. Je nachdem Patient sie vertrug, wurden sie längere oder kürzere Zeit liegen gelassen; in einer Sitzung wurden sie oft 2—3 Mal eingeführt.

Ist es, wie ich Jacobson gern beistimme, oft schon unter Leitung des Spiegels schwierig die Röhren einzuführen, so halte ich es für fast unmöglich, dies ohne Spiegel zu thun.

Geschieht die Application der Röhren nicht ziemlich rasch und mit dem Aufwande einer gewissen Kraft, so wird man nie in den Larynx und zwischen den falschen und wahren Stimmbändern durch sie in den unteren Larynxraum vorschieben können. „Man wird reell hinausgeworfen" bei Nichtbeachtung dieser Umstände.

Ueble Zufälle habe ich nie beobachtet; die Patienten klagten nur, wenn man zu dicke Röhren einführte, über ein schmerzhaftes Druckgefühl.

Aus den vorstehenden Krankengeschichten wird man ersehen, dass man in den meisten Fällen ohne den Katheterismus zur Tracheotomie hätte schreiten müssen, dass also der Katheterismus bei den durch die verschiedensten Erkrankungen hervorgerufenen Larynxstenosen einen vortrefflichen Ersatz für die Tracheotomie bietet.

Betrachtet man dazu die von mir erzielten relativ äusserst günstigen Resultate mit dieser Methode, so wird wohl Niemand den hohen Werth des Katheterismus für die Larynxchirurgie in Abrede stellen können.

Anhang.

Angina Ludovici.

Nach W. Roser kommt obige Erkrankung in der leichteren Form offenbar viel häufiger vor, als man nach den Aeusserungen aller Autoren und Lehrbücher glauben möchte. Sie führt häufig zur Abscessbildung in der seitlichen Unterkiefer- und Zungengegend, sie kann tödtlich werden, besonders wenn sie nicht erkannt und nicht chirurgisch behandelt wird.

Sie besteht in einer Entzündung der Unterkieferspeicheldrüse und ihres umgebenden Bindegewebes. Eine harte, acut entzündliche Geschwulst, welche ihrem Sitze nach der Submaxillarspeicheldrüse entspricht, aussen am Hals, innen an der Seite der Zunge wahrnehmbar, von acutem Collateralödem begleitet, in den schweren Fällen in Abscessbildung und Verjauchung übergehend, in den leichten Fällen bald wieder verschwindend, mit diesen Momenten ist nach W. Roser die Krankheit hinreichend charakterisirt.

Die starke Spannung und Härte erklärt sich aus dem Sitze hinter der Fascie in dem Raume zwischen Kiefer-Zungenbein, Mylohyoideus und Sehne des Digastricus. Das collaterale Oedem wird durch Fortsetzung auf das tiefe Halsgewebe, Theilnahme der Glottis oder durch Compression der Halsvenen oft gefährlich. Ebenso hindert es die Diagnose der tieferen Theile.

Die Therapie besteht in der rechtzeitigen Eröffnung des Abscesses, wobei W. Roser empfiehlt, nach einer oberflächlichen Incision mit der Kornzange in die Tiefe zu dringen, weil so am leichtesten deletären Blutungen vorgebeugt werden kann.

Von meinen 3 beobachteten Fällen endete der erste tödtlich, die anderen heilten.

1) Der Patient, ein kräftiger, 34jähriger Bauer, kam mit allen Erscheinungen einer linksseitigen Angina Ludovici zu mir, welche vor 8 Tagen unter heftigen fieberhaften Allgemeinerscheinungen

begonnen hatte. Der behandelnde Herr College hatte cataplasmiren lassen.

Patient war fieberhaft, sehr kurzathmig, konnte schwer schlucken. Die laryngoskopische Untersuchung, welche mit Mühe ausgeführt werden konnte, ergab eine bedeutende Infiltration des Pharynx, Zungengrundes und Larynx. Da ich in der Tiefe bereits Fluctuation zu fühlen glaubte, schlug ich dem Patienten die Eröffnung des Abscesses vor, welche dieser aber verweigerte, da er sich nicht denken konnte, dass bei der kurzen Dauer der Erkrankung sich schon Eiter gebildet habe.

Ich entliess Patienten am Sonnabend mit einigen Zeilen an den Herrn Collegen, worin ich ihm meine Diagnose mittheilte und vor der grossen Gefahr des Erstickens durch Eiterdurchbruch nach innen warnte. Der Bauer reiste nach Hause, cataplasmirte weiter und der Arzt wurde erst gerufen, als sich Erstickungsgefahr einstellte, resp. fand der Herr College den Patienten bereits erstickt vor. Jetzt erhielt er auch meine Zeilen.

In der Nacht vom Dienstag auf Mittwoch war der Abscess nach innen durchgebrochen. Patient hätte zuerst viel Eiter ausgehustet, plötzlich sei Blut gekommen und sei er daran erstickt.

Im Gegensatze zu diesem sehr acut verlaufenen Falle, zeigen die zwei anderen eine langsamere Entstehung, werden dann aber plötzlich acut unter heftigen Schmerzen, fieberhaften Erscheinungen und täuschen auf diese Weise sehr leicht den Arzt.

2) Bei einem 42jährigen Maurermeister hatte sich im Laufe einiger Wochen eine linksseitige Anschwellung des Halses entwickelt.

Patient war fieberhaft; die Geschwulst hart, mit bedeutendem collateralem Oedem verbunden, welches die Diagnose der Fluctuation erschwerte.

Ich machte eine lange Incision, durch die Cutis; dann drang ich mit meiner Löffelsonde in die Tiefe und fand glücklich den recht grossen Eiterherd.

Patient blieb einige Tage in meiner Behandlung, bis das collaterale Oedem geschwunden war und er das Einlegen der dicken Drainagen und das Anlegen eines Jodoformgazeverbandes erlernt hatte.

Nach einigen Wochen erhielt ich die Nachricht von der vollständigen Heilung.

3) Der dritte Fall betraf eine Fischverkäuferin in den 50er

Jahren. Die Krankheit hatte 6 Wochen bestanden und gab sie, wie alle anderen Patienten an, dieselbe nach einer starken Abkühlung des sehr erhitzten, schwitzenden Halses acquirirt zu haben.

Die Geschwulst, welche die ganze rechte Halsseite einnahm, war steinhart, nirgends Fluctuation zu fühlen.

Ich liess vom 17. bis 23. November cataplasmiren, dann eröffnete ich wie im vorigen Falle die Geschwulst und entleerte eine grosse Menge stinkenden, jauchigen Eiters. Ich desinficirte die Abscesshöhle und führte dicke Drainageröhren ein, über welche Jodoformgaze gelegt wurde und auf welch' letztere das Cataplasma folgte. Von jetzt an liess sich Patientin trotz meines Abredens nicht bewegen, ihren Platz auf dem Fischmarkte aufzugeben; sie vertauschte ihn nur später mit einem auf dem Weihnachtsmarkte. Dort sass sie den grössten Theil des Tages und Abends und cataplasmirte dabei ruhig weiter bis 15. December, an welchem ich die Drainagen entfernte.

Im Januar mussten üppig aufschiessende Granulationen weggeätzt werden.

Am 2. Mai konnte Patientin geheilt entlassen werden mit tief eingezogener Narbe, welche aber keine weiteren Contracturen im Gefolge hatte. In den zwei letzten Fällen waren gar keine Larynxerscheinungen vorhanden gewesen, nur waren Patienten im Anfange beim Essen und Kauen behindert.

Struma.

Von meinen 33 mit Strumen behafteten Patienten, welche alle weiblichen Geschlechtes waren, möchte ich gleich 11 ausscheiden. Es sind dies die Fälle, welche an Patienten vom 10. bis 20. Lebensjahre beobachtet wurden, also in die Pubertätszeit fielen, in welcher ein zeitweises Anschwellen der Schilddrüse (sogen. Blähhals) nicht nur beim weiblichen, sondern auch beim männlichen Geschlechte beobachtet wird. Das weibliche Geschlecht sucht nur aus Eitelkeitsgründen mehr die ärztliche Hülfe, als das männliche. Meist tritt diese Anschwellung im Frühjahre und Herbste ein und weicht wohl in allen Fällen einer localen Behandlung mit Jodsalben, welcher in Fällen, die mit Chlorose verbunden sind, eine Allgemeinbehandlung mit Eisen und Arsen hinzuzufügen ist.

Strumen.

Alter.	Weiblich.	Jodsalbe.	Jod-injection.	Arsen innerlich.	Electro-lyse.	Gebessert.	Geheilt.	Morbus Base-dowii.
1—10	1	1	—	—	—	—	1	—
10—20	10	10	—	4	—	5	3	—
20—30	7	7	1	4	2	6	3	1
30—40	6	6	3	3	2	5	1	1
40—50	6	6	1	2	2	5	1	2
50—60	2	2	1	—	1	—	2	—
60—70	1	1	—	—	—	1	—	—
	33	33	6	13	7	22	11	4

Was die Aetiologie einer weiteren Anzahl von Strumen betrifft, so konnten Frauen meist bestimmt das betreffende Wochenbett angeben, seitdem sie eine Anschwellung der Schilddrüse beobachtet hatten. Bei einem Falle musste nach Angabe der Patientin zu vieles Singen als Entstehungsursache angenommen werden. Ich beobachtete nur 2 Fälle von reinen Cystenkröpfen; die übrigen waren theils rein parenchymatöse, theils sogen. gemischte. Die Erscheinungen bestanden hauptsächlich in zeitweiser oder fortwährender Kurzathmigkeit, welche sich zur Zeit der Menses steigerte. Bei einem Falle konnte durch das Laryngoskop eine seitliche Trachealcompression nachgewiesen werden. Sonst bestand nur in vielen Fällen eine stärkere Röthung, Intumescenz der Schleimhaut im unteren Larynxraume und oberen Theile der Trachea, welche mit leichten catarrhalischen Erscheinungen einherging.

Anders gestalteten sich die Erscheinungen bei den 4 Fällen von Morbus Basedowii (darunter ein Fall mit Struma cystica), deren Behandlung ich unten näher beschreiben werde. Bei diesen war Exophthalmus, Erweiterung der Halsgefässe, Arterienschwirren, Herzerscheinungen vorhanden, welch' letztere sich in 2 Fällen in Ohnmachtsanfällen äusserten. Ebenso trat bei einem Fall Polyurie, plötzliche Diarrhoen in den Vordergrund, welche Leichtenstern mit zu den Symptomen des Morbus Basedowii rechnet. Alle Patientinnen waren sehr nervös, 3 anämisch, und magerten diese 3, trotz Besserung der Erscheinungen des Morbus Basedowii, ab und wurden sehr hinfällig.

Eine Patientin fiel mehrmals plötzlich um, ihr Gesicht und Kopf wurde dunkelblauroth, die Athmung stockte gänzlich, so dass die Umgebung den Tod der Patientin eintreten zu sehen fürchtete. Nach kurzer Zeit erholte sie sich bis jetzt jedes Mal wieder. Von den Anfällen selbst wusste sie nichts. Eine durchaus befriedigende einheitliche Erklärung der Symptome des Morbus Basedowii gibt es nicht und auch die experimentellen Thierversuche haben bis jetzt zu keinem abschliessenden Resultate geführt. Die wahrscheinliche Ursache des Morbus Basedowii ist eine freilich anatomisch noch nicht nachgewiesene Störung gewisser bilateral symmetrisch angeordneter Centren in der Medulla oblongata.

Was nun die von mir eingeschlagene Therapie betrifft, so habe ich bei allen Strumen zuerst den Versuch gemacht, dieselben durch Jodeinreibungen zu redressiren. Ich benützte dazu folgende sehr empfehlenswerthe Salbe:

Rcp. Kali hydrojodat. 2,0
Jodin. 0,2
Vin. Alkohol. 30,0
Sapo domestic. 5,0
Mf. liniment. gelatinosum,

die ich jeden zweiten Abend (haselnussgross) einreiben liess. Ausserdem gab ich innerlich in 13 Fällen Solut. Fowleri mit Tinct. ferr. pomat. Jodinjectionen machte ich bei 6 Patientinnen und wurde ein Fall damit vollständig geheilt, die anderen so gebessert, dass alle belästigenden Erscheinungen verschwanden und nur eine leichte abnorme Anschwellung der Schilddrüse zurückblieb. Bei einem Fall trat nach zwei Injectionen eine langsame Vereiterung ein, durch welche im Laufe eines Jahres Heilung erfolgte.

Ueber die von Weiss in Meiningen angegebene galvanokaustische Methode habe ich keine Erfahrung. Die von M. Schmidt namentlich befürwortete Darreichung von grösseren Jodkaliumdosen verbunden mit intensiver Kälteanwendung durch Leiter'sche Röhren habe ich in diesem Jahre erst mit gutem Erfolge bei einem Falle angewendet.

Um zur Exstirpation der Schilddrüse zu schreiten, waren mir die Erscheinungen nie hochgradig genug, zumal ich glaube beweisen zu können, dass wir in der electrolytischen Behandlung einen hinreichenden Ersatz dafür haben.

Bieten die Injectionen schon manche Gefahren, wie Vereiterung der Struma, Verlust der Sprache durch Verletzung des Nerv. recurrens resp. Vagus (Sommerbrodt u. A.), so bietet die Exstirpation der Schilddrüse ausser den directen Gefahren, die mit der Entfernung einer so gefässreichen Geschwulst verbunden sind, nach den neuesten Beobachtungen und Sammlung einer grösseren Operationsstatistik noch andere indirecte Nachtheile. (Baumgärtner.)

Dieselben hängen mit der Bedeutung der Schilddrüse für den Gesammtorganismus zusammen, welche G. Zesas in seiner Arbeit über den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse in folgenden Schlussfolgerungen zum Ausdrucke bringt:

1) Es existirt ein physiologischer Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse in der Weise, dass im Falle der Entfernung des einen dieser Organe das zurückgelassene dessen blutbildende Thätigkeit übernimmt.

2) Die Schilddrüse besitzt ausser ihrer blutbildenden Thätigkeit die Eigenschaft, die Blutcirculation des Gehirnes zu reguliren.

3) Letztgenannte Function ist der Schilddrüse allein eigen und kann von der Milz nicht übernommen werden.

4) Die Thyreodectomie hat Anämie des Gehirnes zur Folge, was sich durch die Gehirnanämiesymptome manifestirt (Cachexia strumipriva, Schwerfälligkeit des Sprechens, Denkens, Vergesslichkeit, Hydroanämie).

5) Als Ursache des lethalen Ausganges der Exstirpation beider Organe ist der Ausfall der wichtigsten Blutbildungsstätten (Milz und Schilddrüse) und des Hirncirculations-Regulators (Schilddrüse) zu betrachten.

Bei 2 Fällen hatten mich die innere Medication, Einreibungen und Injectionen im Stiche gelassen. Bei Morbus Basedowii sind nach Dr. Bauve alle Injectionen gefährlich.

Diese Umstände veranlassten mich zu der electrolytischen Behandlung zu greifen, wie ich sie bei meinem verehrten Lehrer V. v. Bruns kennen gelernt hatte. Ich bediente mich dabei der von C. Frommhold in Pest construirten Zink-Blei-Platinmoorbatterie von 32 Elementen, welche mir in sehr guter Qualität von Albrecht in Tübingen geliefert wurde. C. Frommhold hat diese Batterie 1867 mit einer kleinen Schrift „Der constante galvanische Strom, modificirbar in seinem Intensitäts- und Quantitäts-

werthe" in die Praxis eingeführt. V. v. Bruns gibt in dem 1. Bande seines Handbuches der chirurgischen Praxis eine kurze Beschreibung der Batterie mit sämmtlichen zugehörigen Instrumenten. Er fand, dass diese Batterie bedeutende Vorzüge vor anderen, wie Stöhrer's etc., für die electrolytische Behandlung habe.

Bei ihm sah ich die Anwendung derselben zur Zerstörung von Nasenrachenpolypen, Teleangiectasien, Angiomen. Ich habe dieses Verfahren bei Lymphdrüsengeschwülsten am Halse und Strumen angewandt.

Ich verfuhr dabei in ähnlicher Weise wie sie V. v. Bruns und Neftel in New-York in seiner Arbeit: „Weitere Beiträge zur Electrolyse, insbesondere zur electrolytischen Behandlung der Geschwülste" in Virchow's Archiv 1881 näher dargelegt hat. Statt der Stahl-Platinnadeln bediente ich mich einer goldenen Nadel als Kathode, eines Schwammes als Anode. Ich that dies, um die kauterisirende Wirkung bei der percutanen oder parenchymatösen Galvanokauterisation zur Geltung zu bringen.

Die Einstichsstelle, sowie die Nadel wurden mit 5%iger Carbollösung desinficirt. Wöchentlich 1—2 Mal applicirte ich von derselben Stichöffnung aus nach verschiedenen Richtungen hin in die Geschwulst selbst sie einstechend die Nadel und folgte so Neftel's Vorschriften, gutartige Geschwülste auf langsame Weise zu zerstören.

Die Nadel blieb 15—20 Minuten in der Geschwulst stecken; die Zahl der Elemente bestimmte sich von selbst durch die Empfindlichkeit und Reaction des Patienten auf den galvanischen Strom.

Ueble Zufälle habe ich nie beobachtet. Einige Patienten klagten über ein zusammenziehendes Gefühl im Hinterkopfe; andere fühlten sich etwas nervös abgespannt, eine Patientin wurde 3 bis 4 Stunden später jedesmal sehr schwatzhaft und angeheitert.

War die kauterisirende Wirkung an der Haut zu stark, resp. wurde eine zu grosse Hautstelle gangränös, dann armirte ich die Nadel an dieser Stelle mit dem Stücke eines dünnen englischen Katheters.

Die Narben wurden später sehr schön weiss, waren nur linsen- bis halberbsengross, so dass auch vom kosmetischen Standpunkte aus nichts gegen dieses Verfahren einzuwenden wäre.

Was die Zahl der Sitzungen anbelangt, so war sie verschieden gross schon nach der Empfindlichkeit der Patienten. Einige 20 Sitzungen genügten jedoch, um z. B. hühnereigrosse Lymphdrüsen, auf die ich später zurückkommen werde, über apfelgrosse Strumen fast ganz zu beseitigen. Ich behandelte auf diese Weise 7 Fälle, darunter 4 mit ausgesprochenem Morbus Basedowii.

Zwei Fälle von Morbus Basedowii wurden vollständig geheilt, ein Fall so gebessert, dass er die Weiterbehandlung verweigerte. In letzterem Falle hatte sich der Halsumfang um 8 Centimeter verkleinert.

Die einfachen Strumen wurden alle geheilt. Niemals erfolgte eine erheblichere Blutung aus dem Stichkanale, ebenso trat nie eine Vereiterung der Struma ein.

Die Methode ist ja eine langsame und zeitraubende; allein sie führt sicher und ungefährlich zum Ziele. Durch die häufiger beobachtete Cachexia strumipriva nach Exstirpation der Schilddrüse sind fast alle Chirurgen etwas kopfscheu geworden und entschliessen sich weniger leicht als früher zu dieser Operation, welche technisch auf's Vollkommenste entwickelt ist; um so mehr möchte ich die Anwendung der Electrolyse zur Behandlung der Strumen den Collegen zu weiterer Prüfung empfehlen.

Krankengeschichten.

1) Frau S., 48 Jahre alt. Morbus Basedowii. Struma cystica-parenchymatosa, bestehend aus 4 Lappen, 2 rechts, 1 in der Mitte, 1 links. Grösster Halsumfang 47 Centimeter. Der grösste Lappen hatte einen so bedeutenden Durchmesser, dass die Nadel 10 Centimeter tief eingeführt werden konnte, in die anderen 4—5 Centimeter tief. Unmittelbar nach Entfernung der Nadel fühlte sich die Geschwulst jedes Mal härter, heisser an, röthete sich und hielten diese Erscheinungen 4—5 Tage an. Vom 18. März bis 15. Juni wurde die Nadel 60 Mal applicirt. In jeder Sitzung kam nur ein Lappen an die Reihe, jedoch so, dass zwischen zwei kleineren immer der grösste Lappen an die Reihe kam. Sitzungsdauer 15—20 Minuten. Der Halsumfang betrug am Ende der Kur 39 Centimeter. Die Krankheitserscheinungen hatten sich alle wesentlich gebessert.

2) Frau L., 34 Jahre alt. Morbus Basedowii, Struma parenchymatosa. Halsumfang 43 Centimeter, Höhendurchmesser der Struma 5,5 Centimeter, Querdurchmesser 6 Centimeter. Zuerst wurden die Electroden nur mit grossen Schwämmen armirt, da Patientin Gravida war. Ebenso konnte sich Patientin nach dem Wochenbette nicht zur Behandlung mit der Nadel verstehen.

In 30 Sitzungen verringerte sich der Halsumfang auf 40 Centimeter, die Durchmesser auf 4,5 Centimeter. Als im folgenden Jahre die Erscheinungen wieder zunahmen, entschloss sich Patientin zur Nadelbehandlung und sank der Halsumfang in 20 Sitzungen von 41 Centimeter auf 39; die Durchmesser von 5 auf 3,5 Centimeter. Während dieser Behandlung hatten sich die Erscheinungen auch des Morbus Basedowii so gebessert, dass Patientin sich mit dem Resultate zufrieden gab. Aus der zweiten Krankengeschichte ersieht man, dass die electrolytische Wirkung schon bei der alleinigen Application von Schwämmen als Kathode und Anode eine sehr bedeutende ist. Auffallender Weise aber schien mir wenigstens die Wirkung an den Frommhold'schen Apparat gebunden zu sein. Ich versuchte öfter eine Stöhrer'sche constante Batterie mit 30 Zink-Kohlenelementen einzuschalten, jedoch ohne irgend welchen Erfolg. Die Patienten erklärten sogleich, das sei ein anderer Strom.

Ist der Frommhold'sche Apparat auch theuer, so rentirt er sich doch durch seine lange Haltbarkeit. Ich benütze meinen Apparat jetzt 10 Jahre, ohne dass je eine Reparatur nothwendig geworden ist.

Lymphome am Halse.

Um die erfolgreiche Anwendung der viel zu sehr vernachlässigten Electrolyse zu beweisen, möchte ich nachstehende kurzen Krankengeschichten anführen:

1) Frau K., 26 Jahre alt, lungenkrank, hatte eine seit Monaten bestehende Eiterung aus den sehr vergrösserten Drüsen der linken Halsseite. Ich führte nur 2 Mal in die zwei Fistelgänge die Zink- und Stahlnadel ein und liess den Strom meiner Frommhold'schen Batterie je ½ Stunde einwirken. Die Drüsen hatten sich gleich nach dem 1. Male merklich verkleinert. Die profuse Eiterung hatte fast aufgehört. Nach dem 2. Male verheilten die Fistelgänge, die Drüsen

waren fast vollständig verschwunden. Ein Jahr später starb Patientin an Phthise.

2) Frau Z., 46 Jahre alt. Unter dem linken Kieferwinkel ein hühnereigrosses Lymphom, Submaxillar-Cervicaldrüsen links geschwellt. Leichte Schluckbeschwerden, Patientin konnte den Hals nicht drehen. Ich applicirte in die verschiedenen Drüsen je nach der Grösse häufiger die goldene Nadel und liess den Strom bis zu 30 Minuten durchgehen. Nach 30 Sitzungen, innerhalb 6 Wochen, waren die Drüsen fast vollständig ohne jegliche Eiterung verschwunden und verkleinerten sich unter der Anwendung von Jodsalbe noch mehr. Nach 5 Jahren war noch kein Recidiv erfolgt.

3) Mädchen G., 20 Jahre alt, sehr scrophulös, hatte ein Lymphom, das sich über den rechten Unterkieferwinkel bis zum Ohre erstreckte in einer Länge von $6^1/_2$ Centimeter und einer Breite von 5 Centimeter. Linke Glandula sublingualis hatte einen Durchmesser von 3 Centimeter. In ungefähr 30 Sitzungen, die sich über 1 Jahr vertheilten, waren die Drüsen ohne Eiterung durch die electrolytische Behandlung vollständig beseitigt.

4) Fräulein V., 29 Jahre alt. Lymphome an der linken Halsseite von $2^1/_2$ und 2 Centimeter Durchmesser. In 10 Sitzungen wurden die Drüsen durch die Electrolyse mit der goldenen Nadel beseitigt. Narben sehr schön 1 Jahr später.

5) Fräulein W., 21 Jahre alt, Lymphom im linken Unterkieferwinkel seit $^3/_4$ Jahren entstanden, 5 Centimeter lang, $4^1/_2$ Centimeter breit. In acht Sitzungen wurde die Drüse bis auf Haselnussgrösse verkleinert.

Dabei habe ich die Beobachtung gemacht, dass die electrolytische Behandlung auf das ganze Drüsensystem günstig einzuwirken schien, da anderweitige kleinere Drüsenanschwellungen während derselben ohne weiteres Zuthun verschwanden.

Literatur-Verzeichniss.

Baginsky, B., „Die rhinoskopischen Untersuchungs- und Operationsmethoden". Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 160.

Baginsky, B., „Rhinoliten". Deutsche med. Wochenschr. No. 45, 1884.

Baumgärtner, „Kropfcachexia strumipriva". Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXXI, Heft 1, 1884.

Bauve, „Struma". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 8, 1884.

Bayer, G., „Die Voltolini'sche Operationsmethode von Kehlkopfpolypen". Wiener med. Blätter No. 8, 9, 10, 11, 1881.

Bensch, „Zur chirurgischen Behandlung der Nasenrachenpolypen". Berlin 1878.

Beschorner, O., „Epiglottis-Cysten". Berliner klin. Wochenschr. No. 42, 1877.

Billroth, Th., „Ueber den Bau der Schleimpolypen". Berlin 1855.

Bresgen, M., „Nasenpolypen". Berliner klin. Wochenschr. No. 3 und 8, 1882.

Bresgen, M., „Zur Pathologie und Therapie des chronischen Nasenrachencatarrhes". Berliner klin. Wochenschr. No. 36, 1882.

Bresgen, M., „Das Asthma bronchiale etc.". Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 216, 1882.

Bresgen, M., „Der chronische Nasen- und Rachencatarrh". Wien und Leipzig 1883. Urban & Schwarzenberg.

Bresgen, M., „Grundzüge der Pathologie und Therapie der Nasen-, Mundrachen- und Kehlkopfkrankheiten". Wien und Leipzig 1884. Urban & Schwarzenberg.

v. Bruns, V., „Handbuch der chirurgischen Praxis". Tübingen 1873, Bd. I und II.

Bruns, P., „Die electrolytische Behandlung der Nasenrachenpolypen". Berliner klin. Wochenschr. No. 27, 1872.

Bruns, P., „Die Resection des Kehlkopfes bei Stenose". Berliner klin. Wochenschr. No. 38, 1880.

Catti, Gg., „Ueber die Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1, 1879.

Chiari, O., „Tubage des Kehlkopfes". Sonderabdruck d. Deutschen Medicinal-Zeitung, Heft 35.

Donitzky, „Epiglottis-Cysten". Aerztl. Intelligenzbl. No. 13, 1885.

Fränkel, B., „Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie" Bd. IV, 1. Hälfte.

Fränkel, B., „Ueber den Zusammenhang von Asthma nervosum und Nasenkrankheiten". Berliner klin. Wochenschr. No. 16 und 17, 1881.

Fränkel, B., „Adenoide Vegetationen". Deutsche med. Wochenschr. No. 16 und 17, 1884.

Fränkel, Eug., „Ein Beitrag zur Lehre von den Hyperplasien der Nasenmuschelbekleidung". Deutsche med. Wochenschr. No. 18, 1884.

Fränkel, Eug., „Zur Diagnostik und Therapie gewisser Erkrankungen der mittleren und unteren Nasenmuscheln". Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 242, 1884.

Ganghofner, F., „Neuere Erfahrungen über die Verwerthbarkeit des Katheterismus und der Hohlbougies bei Kehlkopfs-Stenose". Prager med. Wochenschr. No. 37—39, 1880.

Glasemacher, C., „Knochenblasenbildung in der Nase". Berliner klin. Wochenschr. No. 36, 1884.

Hack, W., „Reflexneurosen und Nasenleiden". Berliner klin. Wochenschr. No. 25, 1882.

Hack, W., „Neuralgische Begleiterscheinungen bei Pharynx-Krankheiten". Deutsche med. Wochenschr. No. 42, 1883.

Hack, W., „Neue Beiträge zur Rhinochirurgie". Wiener med. Wochenschr. No. 49—51, 1883 und 4. Folge 1884.

Hack, W., „Ueber eine operative Radicalbehandlung besonderer Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc.". Wiesbaden 1884. J. F. Bergmann.

Hack, W., „Beiträge zur Exstirpation der nasalen Schwellapparate". Deutsche med. Wochenschr. No. 28, 1884.

Hack, W., „Rhinologische Streitsätze". Fortschritte der Medicin Bd. I, No. 20, 1883.

Hack, W., „Ueber chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände". Berliner klin. Wochenschr. No. 21, 1885.

Hartmann, A., „Ueber die Operation der Nasenpolypen". Deutsche med. Wochenschr. No. 28—30, 1879.

Hartmann, A., „Ueber die Indicationen zum Ausreissen der Nasenpolypen". Berliner klin. Wochenschr. No. 1 und 6, 1882.

Hedinger, „Heilung des acuten Morbus Basedowii durch den constanten Strom". Stuttgart 1883. E. Schweizerbart.

Hering, Th., „Ueber Pharynxmycosis lepthotricia". Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. VI, Heft 4.

Hering, Th., „De l'emploi de l'acide chromique pour la cauterisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx". Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Paris, Heft 6, 1884, und Berliner klin. Wochenschr. No. 11, 1885.

Hopmann, O. M., „Papilläre Geschwülste der Nasenhöhle". Virchow's Arch. Bd. XCIII, Heft 2.

Hopmann, O. M., „Zur Nomenklatur der Nasenschleimhautgeschwülste". Wiener med. Presse 1883.

Jacobson A., „Zur Frage der mechanischen Behandlung der Larynxstenosen". Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXXI, Heft 4.

Ipschea, „Retentionscysten der Glandula submaxillaris". Berliner klin. Wochenschr. No. 36, 1879.

Jurascy, A., „Zur Lehre von den Kehlkopfcysten". Deutsche med. Wochenschr. No. 39, 1884.

Keller, „Epiglottiscysten". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 9, 1879.

Krackauer & Heymann, „Cyste des Ligam. ary-epiglotticum". Berliner klin. Wochenschr. No. 45, 1882.

Lange, V., „Einige kritische Bemerkungen über den Krankheitsbegriff, die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume nebst einer neuen Operationsmethode". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 2, 1880.

Lange, V., „Zur Frage der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume". Deutsche med. Wochenschr. No. 51, 1883.

Leichtenstern, „Morbus Basedowii". Deutsche med. Wochenschr. No. 47, 1884.

v. Luschka, H., „Die Anatomie des Menschen". Tübingen 1865. Laupp.

Mackenzie-Morell, „Die Krankheiten des Halses und der Nase". Deutsch herausgegeben von Felix Semon. Berlin 1884. Hirschwald.

Michael, J., „Doppelmeissel zur Behandlung adenoider Vegetationen des Nasenrachenraumes". Berliner klin. Wochenschr. No. 5, 1881.

Michel, C., „Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes". Berlin 1876. Hirschwald.

Michel, C., „Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes". Leipzig 1880. F. C. W. Vogel.

Neftel, W., „Electrolytische Behandlung von Geschwülsten". Virchow's Archiv Bd. LXXXVI, Heft 1.

Recklinghausen, „Ranula". Virchow's Archiv Bd. LXXXIV, Heft 3.

Roser, W., „Die Ludwig'sche Angina". Deutsche med. Wochenschr. No. 11, 1883.

Saalfeld, M., „Pharyngitis granulosa". Virchow's Archiv Bd. LXXXII, Heft 1, 1880.

Schaeffer, M., „Zwei Fälle von Asthma und ihre Heilung". Deutsche med. Wochenschr. No. 12, 1875.

Schaeffer, M., „Beitrag zur Casuistik der Laryngo-Trachealtumoren". Deutsche med. Wochenschr. No. 29, 1877.

Schaeffer, „Operation eines Larynx-Polypen nach der neuen Methode Prof. Voltolini's". Deutsche med. Wochenschr. No. 52, 1878.

Schaeffer, M., „Zur Operation der adenoiden Vegetationen". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 7, 1879.

Schaeffer, M., „Asthma und seine Behandlung". Deutsche med. Wochenschr. No. 32 und 33, 1879.

Schaeffer, M., „Zur Behandlung der Larynxstenosen bei Perichondritis laryngea". Deutsche med. Wochenschr. No. 9, 1879.

Schaeffer, M., „Kehlkopfpolypen-Operationen mittelst Voltolini's Schwammmethode". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 8, 1881.

Schaeffer, M., „Aus der Praxis: Nasenleiden und Reflexneurosen". Deutsche med. Wochenschr. No. 23 und 24, 1884.

Schaeffer, M., „Nasenpolypen". Deutsche med. Wochenschr. No. 23 und 24, 1882.

Schaeffer, M., „Aluminium acetico-tartaricum und Aluminium acetico-glycerinatum siccum". Deutsche med. Wochenschr. No. 23, 1885.

Schech, Ph., „Die Indication für die gänzliche oder theilweise Exstirpation des Kehlkopfes". International-Medical Congress, London 1881.

Schech, Ph., „Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Behandlung". München 1883. Rieger.

Schech, Ph., „Die sogen. Reflexneurosen und ihre Beziehung zu der Nase und dem Rachen". Aerztliches Intelligenzblatt 1884.

Schech, Ph., „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase". Wien 1885. Toeplitz & Deuticke.

Schrötter, L., „Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen". Wien 1876. W. Braumüller.

Schrötter, L., „Ueber Behandlung von Larynxstenosen". Wiener med. Blätter No. 3 und 4, 1878.

Schrötter, L., „Knöcherner Verschluss der Choanen". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 1, 1885.

Sommerbrodt, J., „Ueber eine traumatische Recurrenslähmung". Berliner klin. Wochenschr. No. 50, 1882.

Sommerbrodt, J., „Mittheilung von Heilungen pathologischer Zustände, welche durch Reflexvorgänge von der Nase her bewirkt waren". Berliner klin. Wochenschr. No. 10, 1884.

Sommerbrodt, J., „Ueber Nasen-Reflexneurosen". Berliner klin. Wochenschr. No. 11, 1885.

Sonnenburg, „Sitz und Behandlung der Ranula". Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXIX, Heft 3.

Störk, C., „Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens". Stuttgart 1876. Enke.

Strauss, H., „Eine neue Methode der Operation von Kehlkopfpolypen". Dissertation. Breslau 1879. S. Lilienfeld.

Voltolini, R., „Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes". Wien 1867 und 1872.

Voltolini, R., „Ueber eine neue einfache Methode der Operation von Kehlkopfpolypen". Congrès périodique international des Sciences médicales Genève 1877.

Voltolini, R., „Eine Gräte im Halse und über die Entfernung solcher Fremdkörper". Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 11, 1878.

Voltolini, R., „Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie". Breslau 1879.

Voltolini, R., „Ueber Nasenpolypen und deren Operation". Wien 1880.

Voltolini, R., „Schwammoperation von Kehlkopfpolypen". Deutsche med. Wochenschr. No. 21, 1885.

Weber, O., „Pitha und Billroth's Chirurgie". Bd. IV, 1. Abth., Heft 2.

Weiss, „Ein neues Verfahren zur Heilung des Kropfes". Berliner klin. Wochenschr. No. 2, 1885.

Zander, „Zur Operation von Nasenpolypen". Deutsche med. Wochenschr. No. 7, 1880.

Zaufal, „Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der kalten Drahtschlinge etc.". Prager med. Wochenschr. 1877.

Zesas, G., „Ueber den physiologischen Zusammenhang zwischen Milz und Schilddrüse". Arch. f. klin. Chirurgie Bd. XXXI, Heft 2.

Zuckerkandl, E., „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. Wien 1882. W. Braumüller.

Zuckerkandl, E., „Das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut und dessen Beziehungen zum Respirationsspalt". Wiener med. Wochenschr. No. 38, 1884.

Wiesbaden. L. Schellenberg'sche Hof-Buchdruckerei.

Neuer Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Vorlesungen

über die

Pathologie und Therapie der Syphilis.

Von

Dr. Eduard Lang,

Vorstand der syphilitisch-dermatologischen Klinik an der Universität Innsbruck.

= Mit zahlreichen Abbildungen. =

I. Theil: Preis Mk. 5.60. — **II. Theil,** 1. Hälfte: Preis Mk. 6.40.

Der Schluss wird in Jahresfrist zum Preise von ca. 4 Mark erscheinen.

Die *„Deutsche Medicinische Wochenschrift"* empfiehlt die erste Hälfte des Buches auf's Wärmste; die *„Deutsche Literaturzeitung"* bezeichnet es als „ein durchaus originelles Ganze, das sich an keines der vorhandenen Schemata angeschlossen" und die *„Deutsche Medicinalzeitung"* als ein „vortreffliches Buch, das man mit gutem Gewissen loben und empfehlen kann".

I. Allgemeiner Theil.

A. Entwickelung der Kenntnisse der venerischen Krankheiten. —
1. Periode: Die ersten Anfänge bis zur Epidemie vom Jahre 1495. —
2. Periode: Von der Epidemie im Jahre 1495 bis Philippe Ricord. —
3. Periode: Von Philippe Ricord bis auf unsere Tage.

B. Gegenwärtige Vorstellung über die Contagien der venerischen Krankheiten. — Ergebnisse aus der vorausgegangenen Darstellung. — Trennung des Geschwürcontagiums von dem Syphiliscontagium.

C. Ueber die durch das Syphiliscontagium gesetzten pathologischen Veränderungen und über Syphilis-Infection. — Gang der Syphiliserkrankung von der Initialmanifestation bis zur Verallgemeinerung; Tabellarische Zusammenstellung der Zeitintervalle für die sogen. I. und II. Incubation. — Pathologische Veränderungen. — Irritative Processe. — Gumma (Granulom, Leukocytom, Syphilom): Resorption, Zerfall, Verkäsung desselben. — Syphilitische Schwiele. — Sitz der Initialmanifestation. — Unmittelbare und mittelbare (durch Instrumente, Geräthe etc. erfolgte) Infection; Der Mensch als Medium der Ansteckung. — Träger des Contagiums; Secret der Initialmanifestation und der constitutionellen irritativen Producte; Blut; Sperma und Ovulum.

II. Specieller Theil.

A. Pathologie der acquirirten Syphilis. — Die syphilitische Initialmanifestation und die sie begleitenden Lymphdrüsenanschwellungen. — Klinische Charaktere der Initialsklerose. — Klinische Charaktere der Initialpapel. — Vaccinations-Syphilis. — Syphilitische Initialmanifestation mit venerischem Geschwür combinirt. — Mitaffection der benachbarten Lymphdrüsen und der Lymphgefässe. — Nebeneinanderstellung der klinischen Charaktere der exulcerirten Sklerose und des venerischen Geschwüres.

B. Constitutionelle Syphilis. — Verallgemeinerung des Syphiliscontagiums und das syphilitische Fieber. — Verallgemeinerung des Syphiliscontagiums. — Syphilitisches Invasionsfieber. — Symptome des syphilitischen Fiebers. — Stoffwechsel während desselben.

C. Die syphilitischen Erkrankungen der Haut und des subcutanen Gewebes. — Hautsyphilide. — Localisation. — Form der syphilitischen Producte. — Merkmale der Hautsyphilide. — Roseola syphilitica. — Papulöses Syphilid. — Trockene Papel. — Psoriasis palmaris und plantaris. — Nässende oder feuchte Papeln. — Pleomorphie des papulösen Syphilides. — Diagnose. Venerische Papillomen und Atheroma molluscum einerseits und verschiedene Syphilisformen andererseits. — Pustulöses Syphilid. — Impetigo syphilitica; Ecthyma syphiliticum; Varicella syphilitica; Acne syphilitica; Rupia. — Diagnose und Differentialdiagnose der pustulösen Syphilide. — Gummöses Hautsyphilid. — Hochliegendes

Gumma; Syphilitische Schwiele. — Tiefliegendes Gumma; Hoch- und tiefliegendes Gumma. — Lupusähnliche, „tuberculoide" Deposita in nicht resorbirten Gummaresten. — Carcinom auf gummösem Boden. — Gummöses Hautsyphilid (Fortsetzung). — Diagnose und Differentialdiagnose; Papulöses und gummöses Syphilid; Ulcerationen nach Papeln; Pusteln; Sklerosen einerseits und Gummen andererseits; Scrophulöse Infiltrate und Processe der Haut gegenüber von gummösen; Gumma und Lupus Willani; Lupus erythematodes; Carcinom; Rhinosclerom; Erfrierung. — Mastitis syphilitica simplex et gummosa. — Erkrankungen der Haare und Nägel.

D. Die syphilitischen Erkrankungen der Verdauungsorgane. — Syphilitische Erkrankungen der ersten Theile des Verdauungsactes. — Schleimhauterytheme. — Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Processen in der Mundhöhle. — Syphilitische Erkrankung des Oesophagus, des Magens und des Darmcanals. — Syphilitische Processe im Rectum. — Syphilis der Leber. — Syphilis des Pankreas, des Peritoneums.

E. Syphilitische Erkrankungen des Athmungsapparates. — Nase. — Uebergreifen der Krankheit auf die Nachbarschaft; Cerebralsymptome; Erkrankung der pneumatischen Nebenräume; der Tuba, des Pharynx, Larynx. — Syphilis und Scrophulose. — Lepra; Rotz. — Carcinom. — Syphilis der Luftröhre. — Blennorrhoe der Nase, des Larynx, der Trachea (Störk). — Lungensyphilis. — Erkrankung der Pleura.

F. Syphilitische Erkrankungen des Circulationssystems. — Erkrankungen des Herzens, der Arterien; Venenerkrankungen. — Verminderung der rothen Blutkörperchen. — Veränderungen im blutbereitenden Knochenmarke.

G. Syphilitische Erkrankungen des Lymphapparates, der Milz, Thymus, Schilddrüse, Nebennieren und der Glandula pinealis. — Lymphdrüsen- und Milzaffectionen.

H. Syphilitische Erkrankung der Urogenitalorgane. — Erkrankungen der Niere und des Testikels. — Erkrankung des Vas deferens, der Samenbläschen, der Prostata. — Alienation des Sperma; Infectionsfähigkeit desselben; Aspermie. — Weibliche Genitalien. — Ovarialkrankheiten. — Dystokie durch Syphilisproducte bedingt.

I. Syphilitische Erkrankung der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Schleimbeutel und Fascien. — Arten der Knochenerkrankung. — Klinischer Theil: Ossification, Suppuration. — Periostitis gummosa; Resorption; Zerfall. — Ostitis und Osteomyelitis; Sklerose des Knochens; Knochengummata; Spina ventosa; Resorption; Necrose. — Krankheiten der Schädelknochen. — Spondilitis syphilitica; Erkrankungen der Halswirbel, der Brust- und Lendenwirbel. — Syphilitische Arthropathien. — Muskelsyphilis. — Syphilitische Affectionen der Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Fascien und Ligamenta intermuscularia.

K. Syphilitische Erkrankungen des centralen und peripheren Nervensystems und der Sinnesorgane. — Gehirnsyphilis. — Symptomatologie der Gehirnlues. — Verlauf und Ausgang. — Begleitende Erkrankungen in anderen Gebieten des Körpers. — Rückenmarkserkrankungen; Tabes. — Erkrankungen der peripheren Nerven. — Syphilitische Krankheiten der Sinnesorgane. — Auge. — Gehör-, Geruchs- und Geschmacksorgane.

Soeben erschien:

Zur Einleitung
in die
Elektrotherapie.

Von

Dr. C. W. Müller,

Grossherzogl. Oldenburg. Leibarzt und Sanitäts-Rath, prakt. Arzte in Wiesbaden.

Mit Abbildungen. Preis: 5 Mark.

Eine Ergänzung zu jedem Handbuch und zugleich Einführung in eine exacte elektrotherap. Methode, begründet besonders auf präcisere Bestimmung der Stromstärke in Form der Stromdichte.

Die Regeln über die zu verwendenden Grade der Stromstärke, über Stromdauer etc. mit erläuternder Casuistik machen das Buch für den prakt. Arzt besonders werthvoll. Nicht minder interessiren die durch eine eigenthümliche Behandlung erzielten Erfolge bei Migräne, Neuritis, Myelitis, progr. Muskelatrophie, Pseudo-Hypertrophie der Muskeln etc.

J. F. Bergmann,** Verlagsbuchhandlung, **Wiesbaden.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

R51 Schaeffer,M. 40298
S39 Chirurgische Erfahrun-
1885 gen in der Rhinologie
und Laryngologie DATE DUE

40298